



Pedro Jorge Gonçalves Rico

Gestão do Contrato Psicológico num Contexto de Mudança

Mestrado em Gestão

Faculdade de Economia

Setembro de 2011



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Relatório de Estágio Curricular

**Gestão do Contrato Psicológico num contexto de Mudança:
Estudo caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra**

Orientador da FEUC: Prof. Doutora Teresa Carla Oliveira

Orientador da Entidade de Acolhimento: Dr. Carlos Gante Ribeiro

Pedro Jorge Gonçalves Rico
Nº 2004110860

Agradecimentos

A realização deste estágio curricular, relatório de estágio, só foi possível graças a algumas pessoas que directa ou indirectamente contribuíram para a realização do mesmo.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Doutor Fernando Regateiro que gentilmente aceitou a realização do estágio.

Ao Dr. Carlos Gante, administrador da AGI Saúde Materno Fetal, o meu supervisor nos HUC, pela disponibilidade, saber, críticas que resultaram no conhecimento da organização e deste sector. Um agradecimento muito especial, pelos mesmos motivos também, ao Dr. Gustavo Oliveira, administrador da AGI Médica I.

À minha orientadora, Professora Doutora Teresa Oliveira, pela sua valiosa orientação, disponibilidade, ensinamentos e pela sua capacidade de motivação para alcançar sempre mais e melhor.

A todos os profissionais de saúde com quem tive o prazer de contactar e que cuidadosamente me receberam e transmitiram os seus saberes.

Aos meus amigos que sempre aceitaram as minhas prioridades e pela sua capacidade de me ajudarem a crescer como pessoa.

Por fim, e o mais especial, aos meus pais e ao meu irmão, pois sem eles seria impossível atingir o patamar em que me encontro, e também ao resto da minha família pois sem eles nunca conseguiria ser a pessoa que sou hoje.

Resumo

A escassez de recursos é real e é preciso saber conviver com ela. Pede-se para fazer mais e manter a qualidade. Uma das formas de a garantir é gerir o potencial humano com eficiência e eficácia nomeadamente fazendo o uso de lideranças que promovam e facilitem a gestão da motivação individual alinhada com os objetivos e estratégia organizacional. A cultura organizacional e o clima no local de trabalho são expressões reais de políticas e procedimentos de motivação e liderança que cada serviço vivência.

O presente trabalho reflecte uma experiência curricular num grande hospital universitário, num contexto de controvérsias de gestão da mudança do paradigma do *New Public Management*. Mais do que as diferenças de clima no local de trabalho estarem associadas a modelos diferenciados de gestão, áreas de gestão integrada e centros de responsabilidade integrada, elas reflectem os estilos de liderança.

Palavras-Chave: Motivação, liderança, gestão do desempenho, cultura organizacional, mudança, *new public management*.

Abstract

The scarcity of resources is real and we must live with it. Asked to do more and maintain quality. One way to maintain that is manage the human potential as efficient and effectiveness in particular by making use of leaderships that promote and facilitate the individual motivation management aligned with the aims and organizational strategy.

This work reflects one curricular experience in a large teaching university hospital, in a context of management changes of new public management paradigm. More than differences in the workplace climate associated with different management models, integrated management areas and integrated responsibility centers, they reflected leadership styles.

Keywords: Motivation, leadership, performance management, organizational culture, change, new public management.

Lista de siglas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AGI	Áreas de Gestão Integradas
APAH	Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
CA	Conselho de Administração
CRI	Centros de Responsabilidade Integrados
CTH	Consulta a Tempo e Horas
EPE	Empresas públicas empresariais
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
GRH	Gestão de Recursos Humanos
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NPM	New Public Management
OCDE	Organização Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PPP	Parcerias Público Privadas
PTI	Preços de Transferência Interna
QREN	Quadro de Referência Estratégico Nacional
RH	Recursos Humanos
SA	Sociedade Anónima
SNS	Serviço Nacional de Saúde

Índice de figuras

Figura 1: Constituição do Conselho de Administração.....	13
Figura 2: Órgãos de Apoio Técnico	14
Figura 3: Órgãos de Estrutura de Gestão.....	15
Figura 4: Estrutura de Gestão dos CRI.....	15
Figura 5: Estrutura Organizacional	16
Figura 6: Número de pessoal por grupos profissionais do CRI.....	48
Figura 7: Índice de avaliação do CRI A	49
Figura 8: Sistema de Incentivos do CRI.....	50
Figura 9: Traços da liderança do serviço do CRI.....	50
Figura 10: Teorias Motivacionais aplicadas ao serviço do CRI.....	50
Figura 11: Taxa de acessibilidade do serviço.....	51
Figura 12: Indicadores do internamento do CRI.....	51
Figura 13: Principais custos do serviço do CRI	51
Figura 14: Índices de avaliação da AGI B	52
Figura 15: Número de pessoal por grupos profissionais da AGI	53
Figura 16: Traços de liderança do director da AGI.....	53
Figura 17: Número de pessoal por grupos profissionais do serviço X.....	54
Figura 18: Índices de avaliação do serviço X.....	55
Figura 19: Teorias Motivacionais aplicadas ao serviço X	56
Figura 20: Traços de liderança do director do serviço X	56
Figura 21: Acessibilidade do serviço X	57
Figura 22: Indicadores de internamento do serviço X	57
Figura 23: Principais custos do serviço X.....	57
Figura 24: Número de pessoal por grupos profissionais do serviço Y.....	58
Figura 25: Índices de avaliação do serviço Y.....	58
Figura 26: Teorias motivacionais aplicadas ao serviço Y.....	60
Figura 27: Traços da liderança do director de serviço Y	60
Figura 28: Taxa de acessibilidade do serviço Y.....	61
Figura 29: Indicadores de internamento do serviço Y	61
Figura 30: Principais custos do serviço Y.....	61

Índice

Introdução.....	9
Organização de Acolhimento	11
Mensagem do Presidente do Conselho de Administração	12
Principais marcos históricos dos HUC	12
Órgãos Sociais	13
Órgãos de apoio técnico.....	14
Estrutura de Gestão	14
Estrutura Organizacional.....	15
Actividades realizadas durante o estágio.....	16
Gestão da Mudança no contexto da Saúde	26
Economia da saúde	27
Serviço Nacional de Saúde (SNS).....	27
O acordo com o FMI e a União Europeia	28
A complexidade hospitalar.....	30
Gestão da Mudança: New Public Managment.....	31
Contratualização	32
A qualidade em saúde.....	34
Desempenho Organizacional e Contrato Psicológico	36
Gestão de Recursos Humanos.....	37
Desempenho organizacional	38
Contrato Psicológico	39
Motivação e Liderança	41
Cultura e clima organizacional	45
Estudo de caso	47
Conclusão	63

Gestão do Contrato Psicológico num contexto de Mudança:
Estudo de caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra

Bibliografia	65
Lista de Anexos.....	71

Introdução

Num contexto de mudança, como aquele em que vivem os hospitais públicos portugueses, é necessário saber como liderar e motivar os profissionais de saúde. Uma das formas de o conseguir é através da gestão do contrato psicológico. Este contrato resulta em vantagens mútuas para a organização e colaborador. Um profissional que sinta que faz parte da organização vai produzir mais e melhor, mesmo em contexto de mudança.

Este relatório apresenta uma experiência vivenciada nos Hospitais da Universidade de Coimbra, durante cinco meses, que me permitiu visualizar a complexidade hospitalar e toda a sua envolvente.

O estágio, efectuado em conjunto com duas colegas, teve como objectivo compreender os diferentes departamentos, os diferenciados níveis de gestão, e também um projecto de investigação, reflectindo o envolvimento de uma equipa diferenciada, que assimilou entrevistas a profissionais de saúde, a codificação e análise das mesmas com o objectivo de apresentar os dados no Congresso Nacional de Administradores Hospitalares.

Assim, o seguinte relatório divide-se em quatro partes, uma relativa à descrição da organização de acolhimento, outra que diz respeito à gestão da mudança no contexto da saúde, seguidamente o desempenho organizacional e contrato psicológico e, por fim, um estudo de caso.

Na primeira parte será abordado o objecto de estudo, os Hospitais da Universidade de Coimbra, dando relevância à sua estrutura organizacional e também às actividades desenvolvidas durante o estágio curricular.

Na segunda parte vamos recapitular conceitos teóricos relacionados com os sistemas de saúde, para melhor compreender a gestão da mudança e como isso poderá alterar a produtividade dos profissionais de saúde. Este capítulo tem também uma visualização sobre o memorando de entendimento da troika e as suas implicações.

Numa terceira parte continuaremos a contextualização teórica, agora sob o ponto de vista do desempenho organizacional e contrato psicológico com a finalidade de interligar a gestão da mudança com este capítulo no estudo de caso.

Por fim, num quarto capítulo, será abordado o estudo de caso, com base em entrevistas, com a finalidade de estudar a gestão do contrato psicológico num contexto de mudança.

Organização de Acolhimento



Mensagem do Presidente do Conselho de Administração¹

“Administrar os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) não é, para nós, um simples jogo de gestão - é lidar com a saúde, como bem público - pelo que é nossa primordial preocupação o cumprimento integral da sua tripla missão, assistência, ensino e investigação no respeito pelos seus valores e pela sua cultura.

...Gerimos, com rigor e equilíbrio, os orçamentos anuais contratualizados com a tutela e com eles sustentámos o seu funcionamento, servindo os doentes com o melhor que o saber médico e as tecnologias disponíveis permitem.

Com uma dimensão e um prestígio ímpares, os HUC são o hospital que, em Portugal, tem registado mais doentes saídos do internamento, que executa mais transplantações renais, cardíacas e da córnea, que possui o maior número de camas para colocar ao serviço dos doentes. E que oferece uma elevada diferenciação técnica e tecnológica e é servido por profissionais de saúde que vestem a camisola e que perseguem com denodo a excelência...”²

Principais marcos históricos dos HUC

- Em 1774, O Marquês de Pombal determinou que os vários hospitais existentes passassem a ser administrados pela Universidade de Coimbra;
- 1870, os HUC instalam-se no São Jerónimo, Colégio das Artes e Castelo, onde ficam a funcionar até 1961, ano em que o Hospital do Castelo é destruído ficando a funcionar nos outros dois edifícios;
- 1889, é instalada a Maternidade dos HUC – Clínica Obstétrica Dr. Daniel de Matos;
- 1943, é criada e instalada a Clínica Psiquiátrica dos HUC no Manicómio Sena, em Celas;
- 1975, transferência da maternidade para o sítio onde hoje se encontra;
- 1987, os HUC passam a ocupar o actual edifício;
- 2000, foi inaugurado o edifício de S. Jerónimo;
- 2002, inauguração do edifício de Cirurgia Cardiorácica;
- 2008, o Decreto-Lei n.º180/2008 muda o estatuto para EPE.

¹ Professor Doutor Fernando Regateiro

² Ver Visão, Missão, Valores, Objectivos em Anexos. Regulamento Interno.

Órgãos Sociais

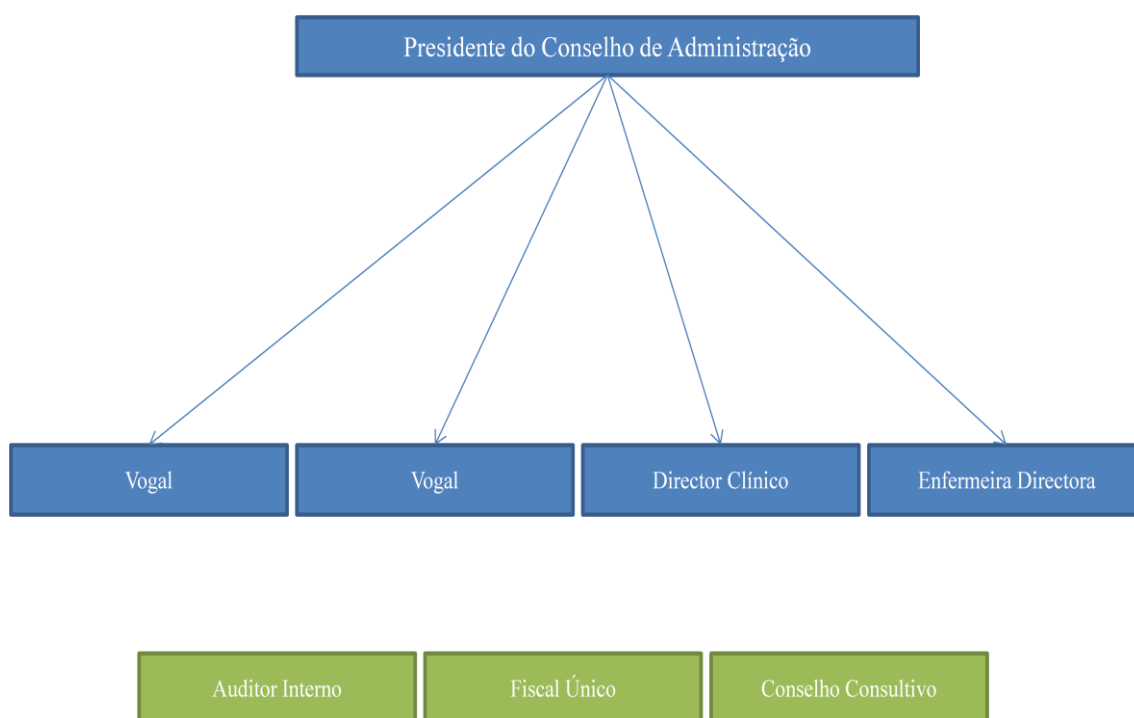


Figura 1: Constituição do Conselho de Administração³

³ Ver regulamento em Anexos. Regulamento Interno.

Órgãos de apoio técnico

Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar
Comissão de Ética
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência
Comissão de Coordenação Oncológica
Comissão de Enfermagem
Comissão de Informática Clínica
Comissão de Normalização de Materiais de Consumo Clínico e Equipamentos Clínicos
Comissão de Protecção Radiológica
Comissão Médica
Comissão Técnica da Certificação de Condição para a Interrupção da Gravidez
Comissão de Transplantação de Órgãos e Tecidos
Direcção do Internato Médico

Figura 2: Órgãos de Apoio Técnico

Estrutura de Gestão

A estrutura de gestão é constituída por Áreas de Gestão Integradas (AGI)⁴ e por Centros de Responsabilidade Integrados (CRI)⁵.

As AGI constituem níveis integrados de gestão, com grande dimensão, que agrupam vários serviços e unidades de acção médica, por critérios de homogeneidade ou afinidade funcional.

⁴ Ver regulamento nos anexos. Regulamento Interno.

⁵ Ver regulamento nos anexos. Regulamento Interno.

Gestão do Contrato Psicológico num contexto de Mudança:
Estudo de caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra



Figura 3: Órgãos de Estrutura de Gestão

Os CRI são estruturas que não pertencem às AGI, de dimensão adequada, contempladas com objectivos específicos e de meios materiais e humanos.

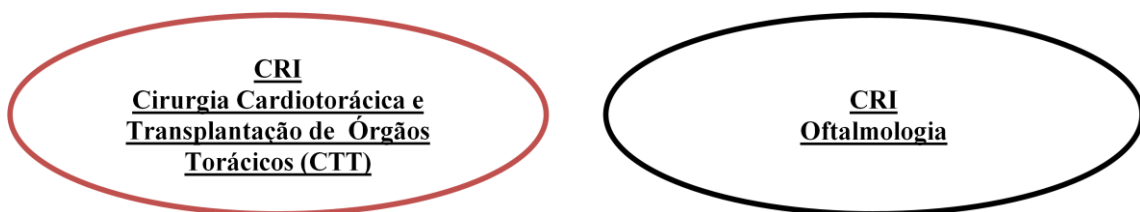


Figura 4: Estrutura de Gestão dos CRI

Estrutura Organizacional

A Estrutura Organizacional está dividida em quatro partes, a acção médica, suporte à prestação de cuidados, apoio à gestão e de logística e formação, investimento, inovação e desenvolvimento.

Gestão do Contrato Psicológico num contexto de Mudança: Estudo de caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra

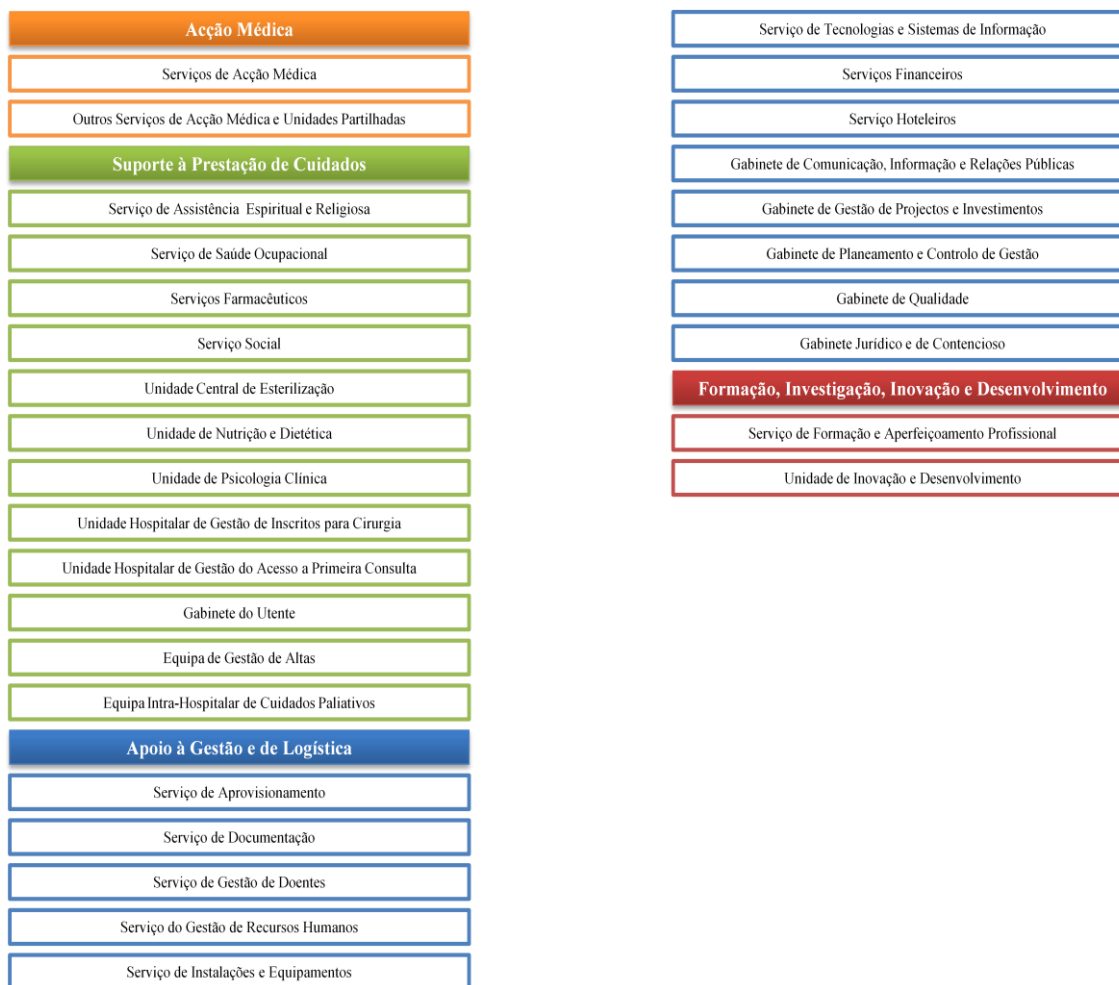


Figura 5: Estrutura Organizacional

Actividades realizadas durante o estágio

Durante o programa de estágio foi-me proposto realizar diversas actividades, não só na organização mas também relacionado com a organização.

Assim podemos dividir este em duas partes:

- A participação num projecto de investigação;
- Actividades decorrentes na organização.

Projecto de investigação

O projecto, “Gestão do desempenho: Alto desempenho e bem-estar psicológico dos profissionais de saúde”, é uma parceria entre os Hospitais da Universidade de Coimbra com o Centro de Coimbra para Gestão Inovadora, coordenado pela Professora Doutora

Teresa Carla Trigo de Oliveira. Este projecto tem como função tentar melhor perceber a gestão do desempenho decorrente do processo do contrato psicológico.

Neste âmbito foram efectuadas diversas entrevistas, a directores das AGI, directores de serviço, enfermeiros supervisores, enfermeiros chefe e administradores.

Essas entrevistas foram gravadas, e depois codificadas no sistema “MAXQDA”, cerca de dez entrevistas a médicos, para poder ser apresentado uma parte do projecto no congresso nacional de administradores hospitalares⁶. Com o projecto foi-me possibilitado participar na conferência da APH de dois dias em Lisboa.

O desenvolvimento deste projecto resulta num aumento do conhecimento técnico e científico e fundamentalmente as técnicas e dinâmicas de trabalhar em grupo.

Actividades Curriculares

Durante o período que decorreu o estágio percorri diversas áreas, desde o apoio técnico, áreas da estrutura da gestão a áreas da estrutura organizacional

Seguindo uma lógica de encadeamento parece-me melhor começar pelas áreas da estrutura organizacional.

Apoio à Gestão e Logística

Serviço de Aprovisionamento

Neste serviço estive com o Dr. José Bronze, Administrador Hospitalar, que é o responsável pelo sector de aquisições 02, 03, 04, 05 e 06.

Nos últimos dois anos este serviço dividiu-se em três, nomeadamente, produtos farmacêuticos, investimentos e aquisições.

O serviço desenvolve o processo de aquisição dos materiais de manutenção e conservação, hoteleiro e clínico. O processo rege-se pelo código de aquisições dos HUC.

Para potenciar a aquisição o contrato dura três anos, sendo renegociáveis todos os anos, tendo como objectivo baixar o preço.

O processo de negociação é feito de uma forma individual, para tentar reduzir mais as margens dos fornecedores, pois antes era de forma conjunta, o que fazia com que os grandes fornecedores não reduzissem tanto as suas margens.

⁶ Ver Anexos. Resultados das entrevistas.

Um dos problemas actuais neste serviço é a redução de 11% do volume de custos com as aquisições, pois se o principal atributo para o fornecedor ganhar a negociação já é o preço mais baixo, vai ser muito difícil reduzir ainda mais.

Serviço de Documentação

Este serviço é dirigido pela Dr.^a Helena Donato e tem como principais objectivos a disponibilização de artigos, processos de compra de revistas, empréstimo de revistas / livros, tanto a nível da instituição como com outras instituições, como faculdades e outros hospitais. Também existe um site com a disponibilização de livros e revistas.

Os HUC foram o primeiro hospital a ter um repositório (produção científica, posters, artigos e comunicações orais) a nível nacional e o terceiro a nível mundial.

Serviço de Gestão de Doentes

O serviço é dirigido pela Dr.^a Elisabete Pires. É um serviço transversal a todo o hospital, assim como todos os outros de apoio.

Aqui executa-se a criação do arquivo clínico, excepto se uma pessoa vier pela primeira vez à urgência, e tem na sua base de dados cerca de um milhão de processos. O processo tem de estar obrigatoriamente em papel. O arquivo é levado pela gestão de doentes sempre que requerido para consultas e afins.

O serviço está dividido em vários sectores, tais como:

- Admissão da consulta externa (cobrança de taxas moderadoras; recepção de pedidos em CTH; recepção dos pedidos em papel; HUC, Celas e maternidade);
- Estatística (as aplicações informáticas fazem já os movimentos; codificação das papletas⁷, para atribuição do GDH);
- Relatórios clínicos (centralização dos relatórios pedidos pelos clientes, seguradoras, tribunais; óbitos);
- Arquivo clínico (cerca de um milhão de processos, começou-se a criar o processo único; manuseamento de cerca de cinco mil processos diários; processos levantados com três dias de antecedência);
- Transportes programados (credenciais para poder transportar os doentes; antes da conferência valida-se para saber se o doente esteve presente para os financeiros poderem dar ordem de pagamento; controlo cada vez mais forte da ACSS);
- Pré-facturação (serve para corrigir os dados mal introduzidos, para seguidamente se poderem facturar).

⁷ Documento com toda a informação sobre o doente.

Serviço de Gestão de Recursos Humanos

O serviço de GRH, administrado pela Dr.^a Helena Marques é um típico serviço de pessoal. As principais funções deste serviço são:

- Análise, interpretação e aplicação da legislação referentes ao RH;
- Elaboração do orçamento anual para recursos humanos e monitorização da respectiva execução;
- Gestão dos RH em função dos mapas de pessoal;
- Desenvolver os processos de recrutamento, selecção e contratação;
- Manter e aperfeiçoar um sistema de informação integrado, Gestrh;
- Gerir os sistemas de avaliação de desempenho dos trabalhadores;
- Ligação administrativa com a medicina do trabalho;
- Liderança e motivação com os directores de serviço;
- Cadeia de poder com ligação directa aos recursos, não existe chefias intermédias neste serviço.

Serviço de Instalações e Equipamentos

Este serviço, liderado pelo Eng. Vítor Pais tem como principais objectivos:

- Assegurar a manutenção e fiscalização geral de todas as instalações existentes na organização e a garantia da sua funcionalidade;
- Assegurar a gestão da electricidade, da água, dos fluidos e dos gases medicinais;
- Proceder ao planeamento, coordenação e acompanhamento das diversas intervenções no hospital;
- Elaboração dos cadernos de encargos e a emissão de pareceres na escolha de equipamentos e empreitadas de obras.

Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação

Este serviço, liderado pelo Eng. Abel Amaro, é de extrema importância para o hospital, pois a maioria dos processos faz-se através das redes informáticas.

O serviço, existente desde a criação do hospital, desenvolveu uma plataforma própria, a HUC – Gestão Hospitalar, que é diferente das aplicações dos outros hospitais que vão proceder à fusão, ainda não existindo nenhuma reunião para debater o assunto.

Os HUC tiveram a primeira plataforma online do país. Existe uma plataforma clínica que deve conter um processo único para qualquer doente, uma plataforma económico-financeira, que é a mesma para os GRH e contabilidade, e uma plataforma de apoio à gestão que deveria ser igual à anterior.

O serviço de ainda propor formação para os profissionais de modo a compatibilizarem-se com as novas tecnologias e ainda auditar o fornecimento externo de tecnologias da sua área de competências.

Serviços Financeiros

Os serviços financeiros dos HUC, administrados pelo Dr. Pedro Lopes, têm como principal finalidade a elaboração da contabilidade de acordo com o plano de contabilidade do ministério da saúde. Estes devem também organizar e manter a tesouraria, fazendo os pagamentos e recebimentos, aplicando os saldos disponíveis.

O serviço é também o principal responsável pelo orçamento e pela sua execução, devendo para isso elaborar a informação económica e financeira para finalidades internas e externas.

Este, deve também elaborar e manter actualizada toda a contabilidade analítica, garantindo, a inventariação e amortização do imobilizado.

Serviços Hoteleiros

Os serviços hoteleiros são uma ponte com todos os outros serviços dos HUC e com os serviços externos. Actualmente está sem administrador, pois está a exercer funções no conselho de administração.

As competências do serviço vão desde a alimentação, higiene e limpeza, transportes, tratamento e distribuição de roupa, gestão de resíduos, parques, arruamentos e jardins, comunicações, portarias ao atendimento ao público. Estes serviços também prestam apoio aos serviços gerais, possuindo uma secretaria-geral onde tratam de todo o correio interno e externo da organização.

Gabinete de Gestão de Projectos de Investimento

Este gabinete que fazia parte do serviço de aprovisionamento, administrado pela Dr.^a Olinda Brandão, é um trabalho em rede com vários sectores dos hospitais, fazendo a coordenação e execução dos projectos de investimento em equipamentos e serviços.

O gabinete deve identificar os programas de financiamento em que possam enquadrar-se os projectos de investimento dos HUC, elaborando as candidaturas aos referidos programas. Este deve informar o CA sobre o grau de execução dos projectos financiados.

Deve também acompanhar a execução das deliberações do CA, monitorizando o cumprimento das etapas que conduzem à concretização dos projectos de investimento.

Por fim, para a elaboração de um projecto é preciso toda a envolvimento de uma estrutura, como os directores de serviço e administradores, pois por norma, a necessidade é sempre criada a montante.

Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão

Este gabinete, administrado pela Dr.^a Zita Santo, e é também um gabinete transversal a toda a organização.

O gabinete tem como principais funções:

- Colaboração com o CA na definição dos objectivos gerais e sectoriais do hospital;
- Coordenação e elaboração dos orçamentos sectoriais no âmbito da contratualização interna, ou seja, negociação do contrato-programa;
- Centralização e difusão da informação necessária aos diferentes níveis de gestão;
- Construir um sistema de controlo de gestão;
- Criação de centros de custos, actualmente está a ser desenvolvido um sistema de PTI.
- Por fim, deve elaborar o relatório de gestão anual.

Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento

Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional

Este serviço, que tem como directora a Dr.^a Fernanda Marques, tem por finalidade elaborar o relatório de actividades para planificação de formação, pedido aos DS, para o ano seguinte.

O serviço é a unidade que organiza as formações, o Know-how é garantido pelos coordenadores pedagógicos que efectuem a formação.

As formações podem ser co-financiadas e não financiadas. Por norma faz-se a candidatura ao programa, QREN, OPH.eixo3, e pode ou não ser aceite o seu financiamento. Quando não financiado, o hospital assume o seu pagamento, sendo os custos imputados aos cursos de formação.

Suporte à Prestação de Cuidados

Serviços Farmacêuticos

Em primeiro lugar devemos definir que o medicamento é uma tecnologia, afecta por externalidades, o que ganha a sociedade com os seus benefícios, e internalidades, o que

ganha o indivíduo. Este serviço, que tem como director o Dr. José Feio, tem como finalidade a aprovação técnica dos medicamentos.

Podemos definir o processo do serviço em quatro partes. Numa primeira parte, pré-clínico, onde o medicamento está em desenvolvimento. Numa segunda parte, o pós-clínico em que se avalia a eficácia económica do medicamento. Numa terceira parte observa-se a eficácia primária, a toxidade e a segurança, fazendo-se a avaliação de custos de efectividade.

Numa última parte, este tem o seu processo hospitalar, que é feito pela comissão de farmácia e terapêutica. O processo hospitalar tem como missão fazer a prescrição, validação, distribuição, administração, gestão e aprovisionamento, facturação e estudos, existindo uma equipa de investigação e desenvolvimento de medicamentos.

Numa curiosidade, os doentes de ambulatório são os que consomem mais medicamentos, cerca de 60% da factura.

Unidade Central de Esterilização

Este serviço, em que estive por duas vezes, com a responsável Enf. Ofélia Carvalho, é um dos serviços certificados da organização.

O serviço deve gerir os circuitos de instrumental cirúrgico e de material de consumo clínico, assim como a recolha, a lavagem, a desinfecção, a verificação, a embalagem, a esterilização, o armazenamento e a distribuição dos mesmos. Também deve promover a correcta utilização dos materiais e equipamentos esterilizados e assegurar o cumprimento das regras e rotinas estabelecidas.

Este serviço deve incorporar as orientações de controlo da infecção hospitalar e manter um programa de garantia de qualidade dos produtos esterilizações, assim como o seu acondicionamento, transporte e armazenamento, recebendo várias vezes a organização certificadora para verificar se cumpre os requisitos.

Órgãos de Apoio Técnico

Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar

Na CCIH, coordenada pela Dr.^a Maria Coelho, compete a vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização das normas e recomendações de boas práticas, a formação e informação de profissionais de saúde, utentes e visitantes, e ainda, a consultadoria e apoio nesta área.

Comissão de Qualidade e Segurança do doente

Neste gabinete⁸ além de uma reunião com o seu presidente, Prof. Doutor Rui Santos, surgiu também a oportunidade de conhecer mais aprofundadamente o gabinete com a Enf. Deolinda Ferreira, gestora da qualidade. O gabinete tem por finalidade fazer a consultadoria da qualidade e segurança do doente definido pelo CA.

O gabinete deve ainda coordenar a estratégia de gestão do risco global, planear e integrar a gestão do risco clínico e não clínico. Assegurar a humanização dos serviços prestados, promovendo o doente como o centro de todo o sistema, com respeito pela vida e morte.

Nas suas competências deve ainda realizar, promover e monitorizar projectos de qualidade e segurança, assim como, estudos, inquéritos⁹ e auditorias. Deve apoiar e acompanhar acções de melhoria da qualidade e segurança, promovendo a articulação com outras comissões e colaborar na definição de indicadores de qualidade.

Por fim, tem o dever, de sensibilizar e formar os profissionais e outros intervenientes no âmbito da gestão da qualidade e segurança.

Medicina do trabalho

O objectivo deste órgão é prestar apoio técnico, nomeadamente através da realização de exames médicos aos serviços existentes, orientação e formação de pessoal, bem como a outras entidades públicas ou privadas nos termos e condições previstos na legislação em vigor.

Centro de Simulação Biomédica

O centro de simulação biomédica serve para fazer testes piloto, treino e aperfeiçoamento do pessoal em questões de extrema dificuldade, ou seja, inovação, potenciando o conhecimento a todos os níveis. Durante a visita, foi-nos permitido assistir a uma palestra sobre trabalho em equipa, e seguidamente assistiu-se a práticas de acção médica.

⁸ Ver Anexos. Regulamento.

⁹ Ver Anexos. Questionário de saída de um serviço.

Estrutura Organizacional

Durante o estágio curricular foi-nos permitido passar três dias com o administrador da respectiva AGI.

AGI MCDT

Além do conhecimento dos serviços desta AGI, pude acompanhar a execução do contrato programa. Esta AGI recebe uma grande parte do financiamento do hospital, cerca de 55M €.

Por causa do GDH, com base no contrato programa, este serviço é deficitário, quando for implementado os PTI este vai ser supervitório.

A AGI tem como administrador o Dr. Vítor Bernardo.

AGI Urgência e Cuidados Intensivos

Nesta AGI, administrada pela Dr.^a Joana Cunha, pude ver a execução do contrato programa e também conhecer os dois serviços.

Em relação à urgência, este é um serviço atípico, pois incorpora vários tipos de serviços, sendo que o serviço físico é as urgências e o serviço responsável é a especialidade. O serviço ainda possui viaturas do INEM que incrementam os custos. O maior custo são as horas extraordinárias (6.000.000 em horas imputadas em 2010), pois a falta de médicos em certas especialidades faz com que façam turnos de 24 horas. Além da urgência principal existem mais quatro periféricas. O seu acesso é garantido pela triagem de Manchester.

Na medicina intensiva, os doentes estão em caso crítico, mas deve-se tentar controlar os custos. Como neste serviço a saída desta é só para outros serviços, ou então no estado de óbito, pelo modelo de GDH não existe pagamento. O maior custo neste serviço são os medicamentos cerca de 1.400.000€.

AGI Saúde Materno – Fetal

A AGI, administrada pelo Dr. Carlos Gante, está situada na Maternidade Daniel de Matos, no S. Jerónimo e também no Bloco Central.

Durante a estadia na AGI foi permitido ver os seus serviços, assim como o acompanhamento do contrato programa, inclusive numa reunião de toda a AGI com o CA, para executar o acompanhamento deste no primeiro trimestre.

Além disso, também me foi dado a conhecer o trabalho de um administrador hospitalar, desde a parte administrativa à relação com os RH, assim como todos os pormenores sobre este tipo de trabalho.

Ainda me foi permitido assistir a uma renegociação de um contrato, de material de consumo clínico.

AGI Médica I

Na AGI, administrada pelo Dr. Gustavo Oliveira, foi-me permitido conhecer os serviços da sua AGI, assim como o acompanhamento do contrato programa.

Nesses serviços, devidamente acompanhado pelo enfermeiro-chefe, além de conhecer toda a gestão do serviço, foram dados a conhecer pormenores de como gerir uma equipa através da experiência destes.

AGI Médica II

Nesta AGI, administrada pela Dr.^a Diana Breda, foi-me permitido conhecer os serviços da sua AGI, assim como o acompanhamento do contrato programa.

Os maiores custos desta AGI são relacionados com os medicamentos, pois por norma muitas das pessoas internadas são idosas, ficando mais tempo e gastando-se mais que noutro tipo de internamento.

AGI Cirúrgica I

Nesta AGI, administrada pela Dr.^a Filomena Coelho, foi disponibilizado o contrato programa, assim como o conhecimento de todos os serviços.

No momento de estadia, o serviço de transplantes renais encontrava-se em remodelação.

AGI Cirúrgica II

Na AGI, administrada pela Dr.^a Marta Bronze, existem os serviços ditos típicos, instalados em Celas, e também os dois CRI.

Durante a estadia consegui ver todos os serviços da respectiva AGI, tanto os CRI como os serviços, e também o contrato programa. De referir que o CRI de Oftalmologia ainda não está no pleno de todas as suas funções.

Por fim, convém dizer, que esta AGI é das que mais produtivas para o hospital, em termos de financiamento.

Gestão da Mudança no contexto da **Saúde**

Economia da saúde

A economia é caracterizada pelos seus recursos escassos, tempo limitado e a sua finalidade alternativa e múltipla (Andrade, 1998).

Segundo Óscar Lourenço¹⁰ esta definição pode ser dirigida para a economia da saúde “*limitando a análise aos recursos, bens e serviços dentro do sector da saúde, ou que de algum modo tenham uma relação com este*”.

Devido a essa mesma escassez de recursos um dos principais conceitos é o de *custo-oportunidade*¹¹ (Giraldes, 1999). Neste contexto o bem produzido são os cuidados de saúde, o agente da procura são os que acedem a estes cuidados e o agente da oferta os profissionais de saúde, formando-se assim uma relação de agência, pois o prestador da oferta tem mais informação que o agente da procura (Matias, 1995).

Este sector é também caracterizado pelas suas especificidades¹², tais como:

- Incerteza e risco;
- Assimetria da informação;
- Existência de externalidades;
- A entrada de prestadores não é livre;
- A maioria das organizações não tem como objectivo o lucro.

Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Segundo a Constituição da República Portuguesa, no artigo 64.º, prevê que “*todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*”. Assim, o direito à saúde é assegurado pelo Estado através do SNS.

O SNS tem por base¹³ “*o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis*”.

A sua criação remonta à Lei nº 56/79 e previa que o financiamento era da total responsabilidade do Estado, ou seja, o acesso aos cuidados de saúde era gratuito. Após a II Revisão Constitucional em 1989, o acesso começou a ser tendencialmente gratuito.

¹⁰ Faculdade de Economia, Economia da Saúde 08/09, **01. - Introdução à Economia da Saúde: Slides**

¹¹ A autora afirma que “*devido à escassez de recursos, se os utilizarmos de uma determinada maneira está-se a sacrificar a possibilidade de os empregar numa gama infinita de oportunidades alternativas*”.

¹² Óscar Lourenço; Newsletter N.º36 Novembro de 2007, do Hospital do Futuro, Hipólito Aguiar.

¹³ Relatório de contas do Serviço Nacional de Saúde, Ano 2008

Em 1998 este passou a coexistir com os subsistemas de saúde através do Decreto-lei n.º 401/98, sendo estes de extrema importância pois cobre cerca de 25% da população.

O SNS é constituído por entidades do Sector Público Administrativo, por Entidades Público Empresariais e ainda por entidades privadas¹⁴ abrangidas pelo regime jurídico da gestão hospitalar.

O acordo com o FMI e a União Europeia

Portugal vive neste momento um período de crise, tanto a nível económico como financeiro. O acordo com a Troika (Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional) tem um forte enfoque financeiro no sector da saúde. Aquando da aprovação do orçamento de 2011 o sector da saúde já tinha sofrido uma redução de 13%. Além desta redução está previsto no primeiro trimestre de 2012 cortes de 10% em horas extraordinárias pagas a médicos e profissionais de saúde, seguindo-se novo corte de 10% em 2013.

Este acordo tem como objectivo¹⁵ *“Aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até ao final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da EU); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais”*.

O relatório de Primavera¹⁶ de 2011 refere que as medidas anunciadas pelo memorando da Troika dificilmente serão implementadas com sucesso. De entre as medidas podem ser enumeradas algumas de difícil implementação¹⁷:

- Alcançar um modelo auto-sustentável nos subsistemas públicos;
- Definir o preço máximo do 1º genérico a entrar no mercado em 60% do medicamento de marca com a mesma substância activa;
- Sensibilizar os médicos para a prescrição de medicamentos genéricos e medicamentos de marca menos dispendiosos;

¹⁴ Artigo n.º2, do Capítulo I da Lei n.º27/2002 de 8 de Novembro.

¹⁵ Memorando de Entendimento, *página 17*.

¹⁶ Relatório anual do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).

¹⁷ Declarações de Ana Escoval, Professora na Escola Nacional de Saúde, ao Jornal de Negócios no dia 16 de Junho de 2011.

- Estabelecer as regras claras para a prescrição de medicamentos e de MCDT, tendo por base as diretrizes internacionais sobre a matéria;
- Alterar o cálculo das margens de lucro para instituir uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas distribuidoras e farmácias, recorrendo à experiência de outros Estados-Membros;
- Caso o novo sistema das margens de lucro não produza as poupanças estimadas nos lucros de distribuição, deverá introduzir-se uma contribuição, na forma de um desconto médio (reembolso), que será calculado sobre a margem de lucro;
- Adoptar as medidas necessárias para aumentar a concorrência entre prestadores privados;
- Introduzir uma revisão periódica dos preços pagos a prestadores privados;
- Garantir a presença de médicos de família em áreas carentes e induzir uma distribuição mais uniforme dos médicos de família no país;
- Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde;
- Reduzir os custos com o transporte de doentes;
- Redução dos custos operacionais dos hospitais em 200 milhões de euros em dois anos.

No Relatório de Primavera de 2011 é ainda reconhecido que a maioria das medidas são consensuais e estavam já previstas no relatório¹⁸ sobre a sustentabilidade do SNS (2007). De entre variadas razões estas não foram tomadas devido à baixa qualidade na governação na saúde, interesses económicos e profissionais instalados e fraca responsabilidade dos cidadãos nas questões que lhes dizem respeito¹⁹.

Ao implementar estas novas medidas o governo deve ter em atenção os riscos inerentes, segundo o OPSS “*substituição de algumas destas medidas por outras de mais fácil aceitação*”, pois “*as medidas impostas da Troika ao sector da saúde não poupam nenhum ‘player’ e são de aplicação quase imediata*”²⁰. O governo terá um papel fulcral na execução das medidas sem, por outro lado, diminuir o acesso aos cuidados de saúde.

¹⁸ Relatório elaborado pela Comissão para a Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde, pelo Despacho conjunto n.º 296/2006.

¹⁹ Diário Económico, 15 de Junho de 2011.

²⁰ Diário Económico, 10 de Maio de 2011.

A complexidade hospitalar

Por norma um hospital é visto como o sítio onde se prestam, ou esperamos receber cuidados de saúde. Mas um hospital é muito mais que isso, pois é um tipo de organização em que interagem diferentes agentes que contribuem para a finalidade da organização (Rego, 2010).

Um hospital é antes de tudo uma organização onde interagem diferentes classes profissionais, onde existem conhecimentos técnicos e científicos relevantes, com um objectivo comum. A multidisciplinaridade de classes profissionais deve-se ao facto de ser impossível atingir os objectivos sozinhos, seja pela complexidade da função mas também pela variedade de actividades necessárias para atingir os objectivos a que a organização se propõe (Lisboa, 2004).

Além de ser uma organização multidisciplinar em termos de profissionais é também uma estrutura organizacional com forte departamentalização funcional, ou seja, o agrupamento lógico das várias tarefas ou actividades (Coelho, 2004).

Por outro lado este tipo de organização é muito hierarquizada, muito parecida com uma organização militar, onde existe uma comunicação essencialmente vertical, uma divisão de trabalho e especialização do trabalhador (Fayol, 1916). Também é vista como uma organização burocrática pelas razões descritas anteriormente (Rego, 2010).

Os hospitais tendem a ser considerados uma organização de cariz social, é uma entidade sem fins lucrativos que pretende atingir objectivos específicos, neste caso prestar cuidados de saúde. É também uma organização essencialmente normativa pois o poder normativo é a principal via para manter o controlo sobre a cadeia inferior hierárquica (Etzioni, 1974).

Em relação a ser uma entidade sem fins lucrativos Peter Drucker²¹ afirma que estas organizações “*tendem a não dar prioridade ao rendimento e aos resultados. Todavia um e outros são mais importantes – e mais difíceis de medir e controlar – nessas entidades que numa empresa*”. O mais importante neste tipo de organização não são os rendimentos e resultados financeiros mas sim produzir um serviço que assenta na melhoria de vida de um ser humano. Assim estas instituições prestam um serviço em que os principais beneficiários são as pessoas (Blau e Scott; 1997).

²¹ Este autor ainda afirma que “*Os cuidados de saúde são as mais difíceis, caóticas, e a indústria mais complexa de gerir hoje em dia*”; “*Um hospital é a organização mais complexa que o ser humano já criou*”; “*Os quatro trabalhos mais difíceis na América são: Presidente dos USA, reitor, presidente de um hospital e um clérigo*”.

Por fim, esta é uma organização que está sempre a aprender. Num tipo de contexto em que os factores estão sempre em mudança, onde aparecem novas tecnologias, inovações, métodos, é imperial que a organização aprenda a lidar rapidamente com esses novos factores (Oliveira, 2004). É um local onde os profissionais partilham experiências, conhecimentos e existe formação contínua. Além disso existe uma grande vertente de ensino e investigação que se aplicam na prática. É também conhecido pelos seus sistemas de informação que permitem que esta se difunda por vários canais da sua estrutura. Para finalizar, tem um contexto de mudança, fundamentalmente de processos clínicos e de gestão que permitem melhorar o seu desempenho (Rego, 2010).

Gestão da Mudança: New Public Management

O New Public Management (NPM) foi uma reforma na Administração Pública que começou na década de 80 no Reino Unido²² (Raposo, 2007). Esta nova tendência começa com a visão de que o sector privado era mais eficiente que o sector público, que era visto como muito grande, ineficiente e pouco eficaz (Shaw, 2004).

Assim, e após uma reestruturação da Administração Pública de uma forma articulada, de estrutura, de processo, de ambiente e da técnica, os países da OCDE recomendaram a todos os seus países a aplicação do NPM e a sua aplicação (Mendes, 2010).

Os princípios da sua aplicação devem ser segundo Hood (1991):

- Privatização dos serviços do sector público, com uma redução do peso do estado;
- A adopção de métodos do sector privado, com base na supremacia deste frente ao sector público;
- A desburocratização e descentralização dos serviços do sector do estado, num modelo em que predominam os resultados, o serviço, a participação e os sistemas abertos.

Ainda segundo Raposo (2007) o NPM assenta em três módulos fundamentais:

- Clarificação da responsabilidade;
- Melhoria do desempenho;
- Responsabilização / prestação de contas aos utilizadores.

²² Durante a presidência de Margaret Thatcher

Contudo nos últimos tempos tem-se criticado as privatizações do sector do estado em que predominam essencialmente organizações sociais. Por vezes temos de repensar que nem tudo é bom no sector privado, nem tudo é mau no sector público, deve-se sim é aproveitar o melhor de ambos (Mintzberg, 1996).

Outro dos problemas foi o “esquecimento” dos recursos humanos. Esta nova tendência negligenciou as pessoas, pois num sistema onde imperar os desempenhos, eficiência, produtividade e onde as pessoas não são valorizadas pode-se traduzir em desmotivação e insatisfação das pessoas, que faz com que nenhum sistema por mais perfeito que seja funcione (Mendes, 2010).

Em 2005²³ em Portugal deu-se um passo na orientação empresarial dos hospitais portugueses, passando de hospitais SA a hospitais EPE, abrindo portas à gestão empresarial. Contudo, a exposição do mercado de saúde ao mercado de privatizações da gestão de entidades públicas (através das PPP), não permite a mesma autonomia que o sector privado pois existe um contrato programa²⁴ (OPSS, 2009).

Contratualização

O processo da contratualização do desempenho nas entidades públicas que pertencem ao SNS tem o objectivo de prestar recursos financeiros que se obtêm a partir de um planeamento, entre a Tutela²⁵ e o hospital, que visa melhorar o desempenho destas organizações (Sakellarides, 2010)²⁶.

A contratualização é então considerada um instrumento que fornece aos sistemas de saúde eficiência, eficácia, melhorias de desempenho e permite controlar a produção hospitalar através dos indicadores nela indicados (Valente, 2010)²⁷.

Esta nova forma de financiamento incidiu na melhoria de vários aspectos como os conceptuais, culturais, operacionais e instrumentos elaborados. Inclui aspectos conceptuais pois fornece um novo elemento de regulação no sistema de saúde. Cultural porque exige dos profissionais uma nova forma de relacionamento entre todos os profissionais e não profissionais da área da saúde. Os aspectos operacionais surgem nas

²³ Decreto-Lei 93/2005, de 7 de Junho

²⁴ O contrato programa define o orçamento com base nos resultados previstos, recursos financeiros, e a relação entre o financiador e a instituição.

²⁵ A Tutela neste caso é Ministério da Saúde.

²⁶ Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temático n.º 9.

²⁷ Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temático n.º 9.

assimetrias que existem, tanto do financiador, os contribuintes que pagam para os hospitais terem acesso ao financiamento, e a assimetria de informação existente entre os vários intervenientes. Por fim, instrumentalmente, pois é um processo que requer muita informação e comunicação de modo a ser o mais fidedigno possível (Sakellarides, 2010)²⁸.

Dentro da contratualização há um utensílio que permite que à tutela controlar e dar resposta às necessidades da área geográfica pertencente ao hospital que é o contrato programa. Este contrato é a principal fonte de financiamento da produção contratada (Escoval e Matos, 2009)²⁹. As principais linhas de produção hospitalar contratadas são o internamento, a consulta externa, a urgência, o hospital de dia e o serviço domiciliário (Valente, 2009).

A principal forma de pagamento para a produção hospitalar são os denominados grupos de diagnóstico homogéneos (GDH) (Escoval e Matos, 2009). O GDH pretende agrupar em grupos de doentes relativamente homogéneos em termos de consumo de recursos. Assim, a cada grupo de doentes é fixado um peso relativo, que é o custo esperado do tratamento desse grupo. Relativamente aos preços foi necessário ajustar os preços de referência à complexidade hospitalar e à sua produção através do índice de casemix, que permite fazer a relação de um hospital com outros hospitais, e aqueles que consomem mais recursos³⁰. Esse preço é definido por portaria³¹.

Além da contratualização externa, atrás descrita, existe a contratualização interna. Este nível de contratualização permite responsabilizar os diferentes níveis intermédios de gestão, sendo necessário envolver todos os profissionais para cumprir os objectivos da instituição (Escoval e Matos, 2009).

Por fim, existem ainda alguns obstáculos à contratualização segundo Valente (2009):

- Complexidade dos mecanismos;
- Consumidores de muitos recursos;
- Adequação das modalidades de pagamento;
- Inexistência de informação por parte da população;
- Poucos conhecimentos de gestão;
- Técnicos para sistemas de informação robustos.

²⁸ Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temático n.º 9

²⁹ Governação dos Hospitais, casadasletras, 2009.

³⁰ Portal do Ministério da saúde.

³¹ Portaria n.º 110-A/2007.

A qualidade em saúde

O utilizador dos cuidados de saúde deve estar sempre no centro das atenções destas organizações. Para um modelo direccionado para os utilizadores dos cuidados de saúde, para garantir melhores desempenhos, deve-se apostar na criação de valor. Aumentando a percepção de valor, aumenta-se a qualidade dos serviços prestados (Porter, 2010).

A garantia de qualidade na saúde é tudo aquilo que faz melhorar o seu desempenho. A grande maioria dos países começaram a adoptar estratégias de garantia de qualidade pois existiam múltiplos factores que impediam o seu desenvolvimento, tais como (Shaw e Kalo, 2002):

- Insegurança dos sistemas de saúde;
- Diferentes níveis de práticas, desempenho e resultados;
- Uso ineficaz ou ineficiência das tecnologias;
- Desperdícios devido à má qualidade;
- Insatisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde;
- Níveis de acesso diferenciados aos sistemas de saúde;
- Aumento das listas de espera;
- Aumento dos custos;

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que para serem prestados bons cuidados de saúde deve-se ter em conta a eficácia e eficiência da técnica utilizada, o uso eficiente dos recursos disponíveis, a existência preventiva dos riscos associados às práticas clínicas, o fácil acesso aos cuidados de saúde e por fim a satisfação do utilizador (Roemer e Aguilar, 1988).

A qualidade em saúde tem três dimensões, a avaliação da qualidade pelo utilizador, a qualidade dos profissionais e a gestão da qualidade. A avaliação da qualidade pelo utilizador é aquela que é a desejada por ele, ou seja, espera que as percepções sejam superiores às suas expectativas. As suas percepções podem ir desde a simpatia dos profissionais de saúde ao resultado dos cuidados prestados. Na qualidade dos profissionais avalia-se se o serviço satisfaz todas as necessidades definidas pelos profissionais que nele actuam, se utilizam todas as técnicas e procedimentos e se os utilizam de forma correcta. Também deve ser alvo de avaliação o grupo de trabalho, pois se não existir uma forte ligação entre todos os elementos, existindo um mau ambiente de trabalho, os cuidados prestados não serão os melhores. Por fim, a gestão da qualidade, é aquela em que se avalia a eficiência, a eficácia, a produtividade, a gestão de

todos os recursos para responder às necessidades dos utilizadores e se estes estão dentro dos limites e das guide-lines estabelecidas (Ovretveit, 1996).

Por fim, a competitividade em saúde também deverá ser repensada. O aumento da competição levará a um aumento da qualidade, desde que esta seja efectuada da melhor forma. Os aspectos em que se deve existir competição são os seguintes (Porter, 2004):

- Nível de competição – a competição deve ser efectuado ao nível da prevenção, diagnósticos e tratamento de doenças;
- Objectivos – o objectivo principal deve ser sempre aumentar o valor - qualidade sobre os custos;
- Formas de competição – deve-se criar valor ao nível das doenças ou condições para desenvolver métodos cada vez melhores, reduzir erros, aumentar a eficiência e eficácia, e melhorar os resultados;
- Mercado geográfico – nível regional ou nacional;
- Estratégia e Estrutura – os prestadores devem distinguir-se por oferecer serviços e produtos que criam valor único;
- Incentivos para os utilizadores – deve ser-lhes indicado o melhor local para o seu problema. Também deve ser simplificado o pagamento e toda a burocracia associada à prestação dos cuidados.
- Incentivos para os profissionais – deve ser-lhes possível desenvolver áreas para poder actuar com excelência. Por outro lado, erradicar o erro, tentando fazer bem à primeira. Devem medir a qualidade, envolvendo-a com os custos;
- Competição entre fornecedores – aumentando a competição entre fornecedores, aumenta-se o aparecimento de novas tecnologias que levam a melhores tratamentos.

Desempenho Organizacional e Contrato Psicológico

Gestão de Recursos Humanos

Uma organização é constituída fundamentalmente por pessoas. As pessoas são o sistema mais complexo que existe, por isso gerir pessoas com diferentes objectivos, personalidades, com uma finalidade comum é uma situação altamente desafiante (Almeida, 2004).

A gestão de recursos humanos (GRH) é um conjunto de modelos e práticas que visa criar condições para maximizar a eficiente conjugação de todos os objectivos pessoais com os objectivos da organização (Caetano e Vala, 2000).

A GRH vai muito além de gerir um grupo de pessoas, devendo esta compreender inúmeras actividades, tais como (Ivancevich, 2008):

- Cumprir a legislação, promover a igualdade no trabalho;
- Planeamento da gestão de recursos humanos;
- Recrutamento, selecção, motivação e orientação;
- Avaliação do desempenho e recompensas;
- Formação e desenvolvimento;
- Criar laços no trabalho;
- Segurança, saúde e bem-estar.

Nos sistemas de saúde a prestação dos cuidados depende muito das pessoas que neles actuam, para poder cumprir a missão da organização. Sem políticas e procedimentos correctos para os recursos humanos (RH) nunca se consegue atingir os objectivos, planos estratégicos e a melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados (Nurkin, 2001).

Na GRH deve-se ter atenção em alguns aspectos. Para poder maximizar as vantagens competitivas, um estratega na área dos RH, deve ter especial cuidado aos seguintes aspectos (Pfeffer, 1994):

- Segurança do colaborador;
- Selecção no recrutamento;
- Carreira;
- Incentivos para produzir;
- Autonomia;
- Partilha de informação;
- Participação e delegação de poder;

- Descrição do trabalho;
- Metas definidas;
- Trabalho em equipa;
- Satisfação no trabalho;
- Formação e desenvolvimento pessoal;
- Promoção;
- Perspectiva a longo prazo.

Desempenho organizacional

O desempenho organizacional é determinado pelo comportamento dos RH da organização. As práticas dos colaboradores são influenciadas por comportamentos complexos, por exemplo, se o desempenho de uma pessoa é fraco, a eficácia e produtividade do grupo pode também ser influenciada e obter também um desempenho fraco (Rowe, Savigny, Lanata e Victoria, 2005).

Numa organização é comum a discussão de como se pode encontrar alto desempenho, criar valor, através das habilidades e práticas dos seus colaboradores (Gittel, Seidner e Wimbush, 2009). As entidades competentes devem investir os seus recursos nos seus colaboradores e em sistemas que os apoiem, sendo que esse investimento pode beneficiar não só a organização como também a sociedade em si (Rowe, Savigny, Lanata e Victoria, 2005).

Alguns dos pontos-chave para obter um alto desempenho, podem ser definidos através de (Kirby, 2005):

- Missão, Valores – as pessoas devem identificar-se com a missão e os valores da organização, pois estes são o espelho do que as hierarquias esperam da organização, estes dois aspectos definem a “personalidade” da organização (Almeida, 2004);
- Espírito empresarial – as pessoas devem ter mentalidade pró-activa, devem procurar oportunidades para desenvolver as suas capacidades e o desempenho da empresa. As pessoas devem poder desenvolver a sua imaginação, criatividade, inovação e ter sensibilidade (Buchholz e Rosenthal, 2005);

- Alinhamento total dos objectivos – os objectivos da organização devem ser os objectivos das pessoas e dos grupos de trabalho. A organização deve controlar as acções desenvolvidas, e se vão ao encontro do que está definido (Lisboa, 2004).
- Liderança – a liderança deve estar presente a todos os níveis. O líder deve adaptar-se ao contexto existente, de modo a criar um ambiente favorável ao aumento do desempenho das pessoas sob a sua alçada. (Oliveira, 2004);
- Delegação de poder - podemos defini-la como um traço psicológico, que retira barreiras à noção de poder e fornecem aos líderes o feedback dos seus colaboradores. A delegação de poder é uma forma de aumentar com mais facilidade a autonomia e eficácia dos colaboradores (O' Creevy, 1998).

Paauwe (2011) ainda acrescenta alguns atributos essenciais à gestão do desempenho, como:

- Treino e desenvolvimento dos colaboradores – por vezes o treino e a gestão das competências é efectuada só no conhecimento técnico e científico, e são negligenciadas outras competências que são tão ou mais importantes (Lega e DePietro, 2005);
- Incentivos – a prática de incentivos faz aumentar o desempenho, pois as pessoas vão procurar o máximo dos incentivos, deve também garantir a promoção e outras oportunidades existentes (Paauwe, 2011).
- Partilha de informação e comunicação – a partilha destes dois critérios é muito importante e a sua falha pode resultar em danos para o paciente. O valor de uma equipa informada é muito maior do que uma equipa onde não ocorre informação (Leonard, Graham e Bonacum, 2004).

Contrato Psicológico

Um contrato de trabalho³² resume-se a um documento formal onde se define as relações entre o trabalhador e a entidade patronal, assim como os seus direitos e deveres (Torres, 2011)³³. No entanto, muitas das vezes, a relação entre trabalhador e o empregador vai muito para além do simples contrato de trabalho, nascendo assim a um contrato psicológico (Leiria, Palma e Cunha, 2006).

³² Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro

³³ Jornal de Negócios, 17 de Março de 2011

A definição de contrato psicológico é ainda hoje algo que não é consensual entre muitos autores (Guest, 2004). Podemos ver assim um conjunto de definições:

“Um conjunto de expectativas recíprocas entre um único empregado e a organização” (Schein, 1978, cit. Guest, 2004);

“Um contrato implícito entre o indivíduo e a organização que especifica as expectativas do que vão dar e receber na relação entre ambos” (Kotter, 1973, cit. Guest, 2004).

“A percepção da relação entre ambas as partes, organização e indivíduo, das obrigações implícitas no relacionamento. O contrato psicológico é o processo onde essas percepções nascem” (Herriot e Pemberton, 1995, cit. Guest 2004).

“Uma crença individual tendo em atenção os termos e condições de uma troca recíproca acordada entre a pessoa e a contraparte. O contrato psicológico emerge quando uma parte acredita que uma promessa futura vai ser efectuada, é dada uma contribuição, é criada uma obrigação que vai prestar benefícios futuros” (Rousseau, 1989, cit. Guest, 2004).

Após definir o contrato psicológico podemos afirmar que este se baseia em percepções, expectativas, crenças, promessas e obrigações (Guest, 2004). Além disso podemos ainda afirmar que se baseia em confiança mútua, partilha de valores e recompensas, reconhecimento de competências e aumento de atributos, e o grau que vai aumentar não só o desempenho, mas a satisfação individual no trabalho (Holland e Oliveira, 2006).

A principal função do contrato psicológico tem por base reduzir a insegurança que existe entre as partes, pois como as relações não são escritas, de modo formal, o contrato psicológico preenche a lacuna que existe nessas relações, ou seja, vai configurar as relações, dando a sensação aos trabalhadores que sabem o que é esperado deles na organização e o que a organização pretende deles (van de Ven, 2004).

Por outro lado também pode haver uma violação do contrato psicológico, isto é, haver uma experiência de desapontamento, frustração e o ressentimento que surge na interpretação subjectiva que o trabalhador tem sobre a frustração das suas expectativas. Quando a quebra do contrato ocorre leva à insatisfação no trabalho, turnover, sentimento de frustração e iniquidade e conseqüentemente a queda do desempenho (Guest, 2004).

Motivação e Liderança

MOTIVAÇÃO

A motivação pode ser definida como as acções que nos fazem adoptar certas atitudes e determinados comportamentos, ou seja, porque actuamos de um determinado modo, para alcançar um ou mais objectivos (Chiavenato, 1995).

Sendo um factor de extrema importância na GRH surgem assim diversas teorias sobre motivação.

HIERARQUIA DA NECESSIDADES DE MASLOW

Abraham Maslow (1943) acreditava que todos os indivíduos tinham cinco necessidades comuns, ordenadas hierarquicamente por patamares de importância, começando por um nível mais baixo, onde estão as necessidades básicas até ao nível das necessidades mais complexas.

As necessidades fisiológicas são as mais básicas da hierarquia, e que inclui as necessidades de sobrevivência, como água, oxigénio, dormir, sexo, etc.

Se as necessidades fisiológicas estiverem satisfeitas aparecem as necessidades de segurança, que incluem segurança, estabilidade e protecção.

Depois das duas primeiras necessidades satisfeitas surgem as necessidades sociais. Estas incluem necessidades emotivas, como amizade e relações de afectividade. As pessoas que não conseguem satisfazer esta necessidade sofrem de solidão e rejeição.

Quando estas três estão satisfeitas aparecem as necessidades de auto-estima. Podem ter um alcance interno, como o desejo de poder, independência e liberdade. Quando são externas têm como objectivo a reputação, prestígio, estatuto, fama e importância.

Aquando da superação de todas as necessidades anteriores surgem as necessidades de auto-realização pessoal, que é o nível mais alto da hierarquia, que refere as necessidades de realização pessoal e de contínuo desenvolvimento.

De notar que para subir na hierarquia é necessário satisfazer a necessidade anterior. Deve-se ainda referir que as necessidades de topo não têm qualquer importância se as mais básicas não forem satisfeitas.

TEORIA DE McCLELLAND

Esta teoria, desenvolvida por David McClelland (1987), apresenta três categorias de necessidades ou motivos, resultantes da interação com o ambiente que seriam responsáveis pelo comportamento humano.

As necessidades de realização são comportamentos relacionados com a competição, que se traduz no desejo de um indivíduo em dominar tarefas complexas que representam desafios de como fazer melhor e com mais eficácia. De notar que quanto maior for a necessidade de realização, menor a necessidade de incentivos financeiros e vice-versa.

As necessidades de afiliação surgem com o desejo de ter relações pessoais, de evitar conflitos e estabelecer amizades. Indivíduos com elevado grau desta necessidade criam bom ambiente de trabalho, de cooperação, onde o feedback positivo está enraizado no desempenho das tarefas.

Por fim, as necessidades de poder, são aquelas que emergem com a necessidade de controlar os outros, influenciar comportamentos e ser responsável pelo seu desempenho. Estes indivíduos procuram atitudes de liderança, e preferem posições que garantam prestígio e reputação.

TEORIA ERG

Baseada na Hierarquia de Maslow, Alderfer (1969), defendeu apenas três níveis hierárquicos de necessidades. As necessidades de existência, de relacionamento e de crescimento.

As necessidades de existência compreendem os desejos de bem-estar. Agrupam as necessidades fisiológicas e de segurança de Maslow.

As necessidades de relacionamento englobam as necessidades sociais e de estima, e são os desejos de estabelecer relações interpessoais.

Por fim, as necessidades de crescimento, que são o equivalente às necessidades de auto-realização.

O autor considera que um indivíduo pode estar motivado por necessidades de diferentes níveis, mas por outro lado, a frustração de necessidades de um nível superior, o indivíduo retorna às necessidades de nível inferior. A teoria também pressupõe que para atingir o nível mais alto não é necessário cumprir todos os níveis.

TEORIA BIFACTORIAL

Frederick Herzberg (1968) propõe que os indivíduos sofrem de dois tipos de necessidades. As necessidades higiénicas, ou extrínsecas, porque estão inseridas no ambiente que os rodeia e abrangem condições nas quais desempenham o seu trabalho. Alguns exemplos são os salários, benefícios sociais, tipos de chefia, condições de trabalho, etc.

As necessidades motivadoras, ou intrínsecas, são aquelas que estão relacionadas com o contido do cargo e com a natureza das tarefas que o indivíduo pratica. Estas necessidades estão totalmente controladas pelo indivíduo.

A mais-valia da motivação intrínseca é que ela tende a manter-se no longo prazo, enquanto a motivação extrínseca tende a diluir-se logo que o factor externo desaparece.

TEORIA DAS CARACTERÍSTICAS

A teoria das características da função de Hackman e Oldham (1975) conjuga cinco características de trabalho que resultam numa fonte de motivação.

A variedade é o grau que a função precisa de competências, actividades e conhecimentos diversos.

A identidade refere-se ao grau com que a pessoa se identifica com aquilo que produz.

O significado é o impacto do trabalho na vida de terceiros, na organização ou sociedade.

A autonomia é o grau de independência com que a pessoa realiza e executa a sua função.

Por fim, o feedback, é a quantidade e a qualidade da informação de terceiros sobre o progresso da pessoa.

TEORIA DA EQUIDADE

Esta teoria, de Adams (1965), tem no seu ideal a necessidade de justiça, que os trabalhadores comparam os contributos que deram para a organização com o que dela receberam, sendo um dado perceptivo.

A equidade pode dividir em interna e externa. É interna quando é efectuada a comparação com membros da mesma empresa, sendo externa quando é efectuada com membros de outras organizações.

As organizações devem ser sensíveis aos contributos dos seus trabalhadores, devem ser recompensados aqueles que mais contribuem para a organização.

TEORIA DA DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

A teoria de Locke e Latham (1990) diz-nos que os indivíduos se sentem motivados ao procurar atingir objectivos. Os objectivos devem ser SMART, acrónimo em inglês de específicos, mensuráveis, acordados e realistas.

Os objectivos não devem ser fáceis, pois não são desafiantes e motivadores, mas por outro lado não devem ser impossíveis, pois a percepção de inalcançáveis conduz à desmotivação.

TEORIA DAS EXPECTATIVAS

Vroom (1964) define esta teoria como uma abordagem cognitiva em que o comportamento e o desempenho são o produto de uma escolha convicta.

A teoria tem três conceitos fundamentais:

- Expectativa – é a probabilidade de que se for exercido um esforço para realizar uma acção, o desempenho será bem sucedido.
- Instrumentalidade - o modo de como a obtenção de um resultado possibilita o acesso a outro, por exemplo, um indivíduo ao conseguir um feito importante vai ser reconhecido no meio social por isso.
- Valência – para que os indivíduos se esforcem é necessário que tenha uma recompensa que seja valiosa para estes, ou seja, uma valência positiva.

LIDERANÇA

A liderança pode ser vista segundo dois prismas, a liderança transaccional e a liderança transformacional (Bass, 1985).

Para Bass (1985) a liderança transaccional é aquela que é baseada nas transacções entre o líder e os trabalhadores.

Estes líderes são denominados por transformacionais porque conseguem criar algo novo através de algo velho (Tichy e Ulrich, 2008).

As dimensões da liderança transformacional são (Bass, 1990):

- Influência carismática – é admirado e as pessoas identificam-se com ele;

- Liderança inspiracional - motiva os colaboradores, aumenta o significado e desafio do trabalho;
- Estimulação intelectual – estimula-se a criatividade, reformulam-se problemas e analisam-se conceitos antigos de novas maneiras;
- Consideração individualizada – presta atenção às necessidades de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo.

Os líderes transaccionais são aqueles que a relação entre líder e subordinado serve para responder aos seus interesses (Bass, 1999).

As dimensões da liderança transaccional são (Bass, 1999)

- Recompensa contingente – negocia os retornos do esforço dos trabalhadores;
- Gestão por excepção activa – monitorização dos resultados e só se tomam acções correctivas se os padrões não estiverem correctos;
- Gestão por excepção passiva – só toma acções correctivas se surgirem problemas;
- Não liderança – praticamente não influencia os subordinados.

Outros autores sugerem outras teorias sendo a mais comum a de três tipos de liderança, a autoritária, a democrática e a liberal (Meade, 1970).

O líder autoritário fixa padrões sem a participação do grupo. É centralizador, define os objectivos de todos os subordinados, não permitindo a presença destes na tomada de decisão. O controlo é rígido e a avaliação do desempenho não é objectivo.

O líder democrático tenta tomar decisões consensuais no grupo de trabalho, delega o poder, pede e dá feedback. Este tende a aceitar as decisões do grupo, mesmo que contrária à sua, tendo como preocupação atender as preocupações do colaboradores, que podem decidir, sugerir e implementar.

Por fim, o líder liberal conota-se por tomar poucas decisões, deixando que os colaboradores as tomem. Os colaboradores gozam de total liberdade, pois não existe controlo ou avaliação do desempenho.

Cultura e clima organizacional

A cultura e clima surgem como um meio para perceber a funcionalidade e produtividade das organizações, sendo consensual que a cultura e clima podem variar de organização para organização (Mahal, 2009).

A cultura é inculcada pela missão da organização, emergindo da partilha de experiências, crenças, atitudes, valores e normas do comportamento, podendo alterar-se no tempo (Davies, Nutley e Mannion, 2000).

Nassar (2000, cit. Lima, Albano, 2002) define “*cultura organizacional é o conjunto de valores, crenças e tecnologias que mantêm unidos os mais diferentes membros, de todos os escalões hierárquicos, perante as dificuldades, operações do quotidiano, metas e objectivos*”.

Assim, podemos definir alguns elementos da cultura organizacional (Almeida, 2004):

- Valores;
- Rituais;
- Símbolos;
- Mitos organizacionais;
- Hábitos de comportamento;
- Rotinas de trabalho;
- Crenças partilhadas;
- Opções estéticas dominantes;
- Comportamentos incentivados ou desincentivados.

A cultura e clima organizacional estão correlacionados positivamente com o compromisso organizacional, são elementos que fazem com que os colaboradores aceitem os objectivos e valores e têm a capacidade de os reter na organização (Mahal, 2009).

O clima diz respeito ao ambiente interno retratando o nível de satisfação material e emocional das pessoas na organização, influenciada evidentemente pela cultura (Almeida, 2004). O clima tem assim forte enfoque nas atitudes e desempenho no trabalho (Mahal, 2009), podendo influenciar as relações interpessoais (Neal, Griffin e Hart, 2000).

As dimensões do clima organizacional podem ser (Mahal, 2009):

- Estrutura física;
- Responsabilidade;
- Recompensas;
- Riscos;
- Entusiasmo;
- Relações interpessoais.

Estudo de caso

Nesta parte do trabalho pretende-se estudar as diferentes culturas organizacionais, dentro da estrutura de gestão dos HUC. Vou assim estudar um CRI, e dois serviços de uma AGI. A escolha destas estruturas resulta nas diferenças de gestão entre o CRI e a AGI. Os dois serviços servem para estudar as diferenças culturais dentro da mesma AGI.

Por uma questão de confidencialidade, vou nomear letras para os nomes das respectivas estruturas. Assim, vamos nomear o CRI A, a AGI B, e os serviços X e Y.

CRI A

Este serviço é de excelência e também de referência a nível nacional.

Neste serviço podemos aplicar o modelo ASA, atracção, selecção e atrito, na perfeição. Em relação à atracção as pessoas sentem-se atraídas por trabalhar numa equipa de sucesso e por outro lado devido aos incentivos. ³⁴“*As pessoas são atraídas por uma equipa ganhadora, associada ao sucesso*”, “*ninguém pode dizer que não sabe para o que vem*” e “*andavam aí com muito entusiasmo dos incentivos, que nem sabiam se iam receber 1 ou 2 salários extra*”. Ao nível da selecção, os profissionais são escolhidos os melhores, pois “*o processo de selecção que temos seguido nestes 23 anos, tenho noção de que de uma maneira geral tenho gente boa*”. Por último, tal como noutras organizações também há situações de atrito, “*disse-lhe que eles não davam para isto. Eles têm que aceitar isso, senão estamos tramados porque temos que ficar com eles agarrados*”, “*se tiver um tipo que não cumpre os objectivos, ..., desculpa lá terminou o teu contrato e vais embora*”.

Podemos já aqui observar dois tipos de motivação, a intrínseca e a extrínseca. No que diz respeito à primeira, o prazer, o desejo de pertença a uma equipa conotada com o sucesso. A motivação extrínseca diz respeito aos incentivos, mas quando estes são retirados “*já se nota alguma desmotivação*”.

O líder deste serviço tem um grande sentimento de posse relativamente ao mesmo, e mérito lhe seja dado, pois foi ele que o criou, “*tenho um edifício muito grande*”, mas que poderá influenciar negativamente quem lá trabalha e mesmo a relação com outros serviços.

³⁴ Em itálico estão as palavras do director do CRI.

A relação com outros serviços é de alguma forma não consensual, principalmente devido ao nível de excelência. “ Houve uma avaliação do hospital e dos vários serviços e disseram-me que o serviço aparecia no topo dos critérios, ..., as pessoas sabem disso e sente-se bem, ..., agora outros não vão conseguir encaixá-la nesta avaliação”, “pois, agora nós temos que aguentar com tudo aquilo que tu não queres”ou seja, sentem que ele se livra dos problemas enviando-os para os outros resolverem.

O número de profissionais de saúde nesta área é de 118, sendo que a maioria são enfermeiros com 67 elementos, enquanto médicos são 22.

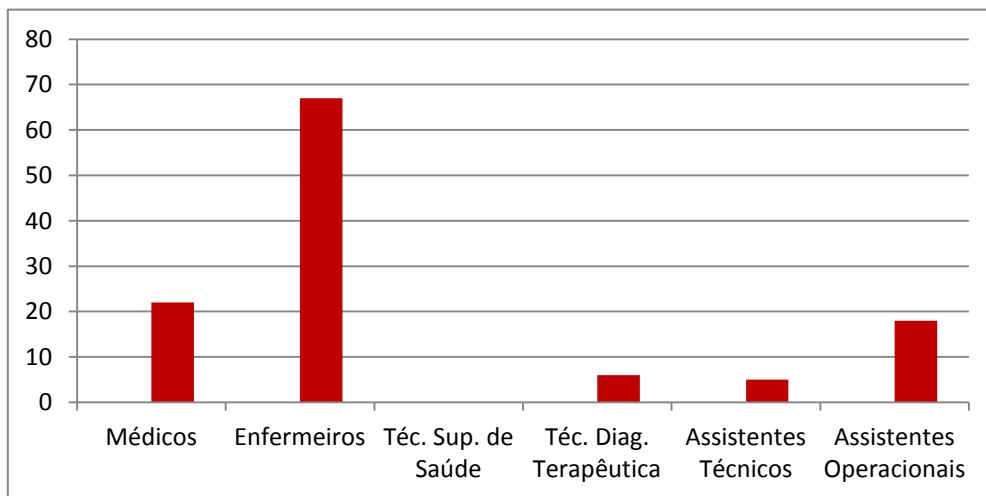


Figura 6: Número de pessoal por grupos profissionais do CRI

Devido ao facto de os enfermeiros serem a classe profissional mais representativa existe também uma grande cumplicidade com a enfermeira-chefe. “Eu por acaso tenho sorte, porque confio bastante na minha enfermeira-chefe e juntos decidimos”. Por estas palavras vemos um líder democrático, mas por outro lado, “ela é que manda aqui, mas quem manda nela sou eu”, o que demonstra também ser autocrático.

Em relação à delegação de poder isso é mais visível na questão da avaliação do desempenho. “A enfermeira-chefe tem que fazer a avaliação aos enfermeiros, todos os anos a tem que fazer. Os técnicos e os médicos não estão a ser avaliados e eu tinha que fazer a avaliação dos administrativos. E eu até peço a ajuda da enfermeira-chefe”. Neste ponto podemos avistar o reconhecimento das competências de um grupo de profissionais que normalmente é vista numa hierarquia inferior ao grupo dos médicos. “O nosso grupo avaliador um chefe de serviço, a enfermeira-chefe e um outro funcionário, que foi escolhido por toda a gente e acabou por ser enfermeiro, A

melhor pessoa para avaliar um cirurgião na mesa de operações é a enfermeira instrumentista”.

No que toca à avaliação do desempenho, esta é “*feita de todos para todos*”, ou seja, utiliza-se a mesma escala e parâmetros, existindo uma avaliação de 360°.

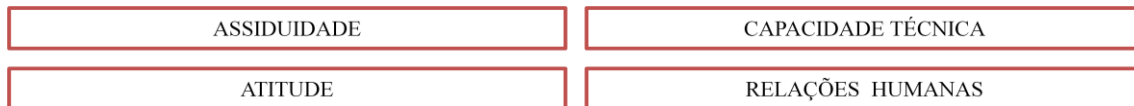


Figura 7: Índice de avaliação do CRI A

No que toca a assiduidade e pontualidade “*consideramos importante, as pessoas estão ou não estão*”. A atitude “*em relação à sua formação e o progresso técnico*”, no que concerne à capacidade técnica “*o desempenho têm a ver com o impacto no trabalho deles e o impacto nos resultados na equipa*”. Por fim, as relações humanas “*inter-pessoais e de trabalho, porque não operamos apenas os doentes na sala de operações, depois temos que lidar com eles na enfermaria e na consulta*”.

Nesta avaliação surgiu um problema com a retirada dos incentivos “*pois só tem valor se houver consequência visível e que seja suficientemente discriminativa para separar os bons dos maus*”, “*se tem os mesmos benefícios quando é só bom. Não tem que se preocupar, não tem que fazer nada*”, “*se um indivíduo pode ser punido por não atingir determinado parâmetro de qualidade também tem que ser premiado de ultrapassar esse parâmetro de qualidade*”. Mas como em outros serviços, em que nunca existiram incentivos, deve caber ao director conseguir motivar e saber premiar os seus colaboradores.

No que toca à percepção, “*para nós um indivíduo que no ano todo conseguiu usar 11 dias de casamentos, 4 dias de nojo porque morreu o tio, mais 8 faltas porque teve que ir com o menino ao pediátrico, mais aquelas faltas é um mau funcionário. E quando tivemos incentivos penalizados essas coisas todas*”. Para este director estas pessoas deviam utilizar estes períodos como férias, para poder existir discriminação positiva, aquando da utilização dos incentivos.

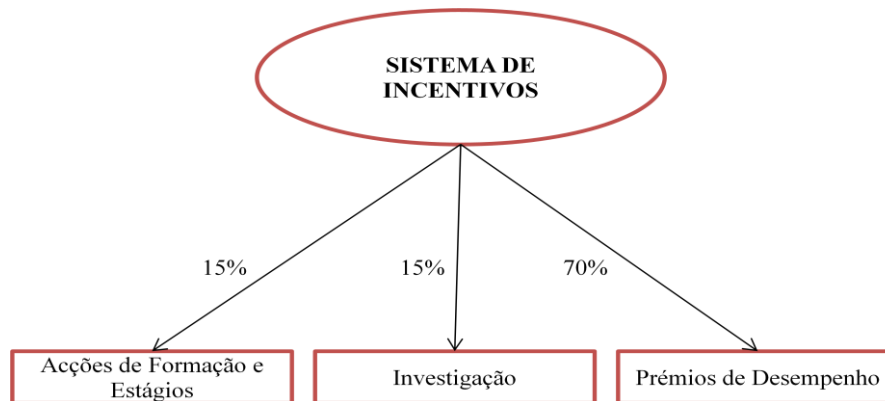


Figura 8: Sistema de Incentivos do CRI

Em relação a alguns rituais do trabalho, “*nós chegamos todos às 7h30 da manhã e todos vão ver todos os doentes, não há doentes para A nem para B e portanto eu não posso classificar alguém por x consultas e cada consulta vale x pontos, porque vai dar consulta quem está livre, quem não está na sala de operações*”, o que demonstra flexibilidade.

No que concerne ao líder podemos retirar algumas características de líder transaccional e transformacional.

Liderança transaccional	Liderança transformacional
Negociação das recompensas dos trabalhadores através dos incentivos	Todos o admiram e são influenciados pelos seus resultados
	Motiva os colaboradores e sabe como aumentar o significado do seu trabalho
	Premeia a formação do seu serviço, assim como a criatividade através da investigação

Figura 9: Traços da liderança do serviço do CRI

Em relação às teorias motivacionais pode-se cruzar alguns dados.

Teoria das Características – o significado que esta profissão tem na vida de terceiros, e também o feedback obtido, junto dos colaboradores para tomada de decisão, assim como o feedback obtido externamente à organização.	Hierarquia de Maslow, McClelland e ERG – principalmente aquelas que podemos retirar e cruzar de auto-estima e auto-realização. A primeira pela pertença a uma equipa de sucesso, a segunda, por ter oportunidade de estar em constante crescimento profissional.
Teoria Bifactorial - Motivações intrínsecas, que é o desejo de pertencer a uma equipa de sucesso, motivações extrínsecas, que são os incentivos.	Teoria da Equidade – existe justiça na distribuição de incentivos, aqueles que têm melhor desempenho são aqueles que mais incentivos obtêm.
Teoria da Expectativas – talvez a teoria que melhor se aplique, os indivíduos que estão no serviço esforçam-se com o objectivo de terem o melhor desempenho possível, com base nas valências, neste caso os incentivos.	Teoria dos objectivos – Todos os elementos do serviço estão altamente motivados para cumprir os objectivos propostos, seja pelo orgulho de manter o serviço como referência, seja pelos incentivos que podem receber

Figura 10: Teorias Motivacionais aplicadas ao serviço do CRI

Neste serviço podemos observar uma clara violação do contrato psicológico, pois quando alguém entra no serviço sabe perfeitamente o que têm de fazer e o que vai receber em troca, o problema é que as pessoas continuam a fazer o mesmo e já não recebem os incentivos, havendo uma clara fonte de desmotivação, como o próprio líder assumiu.

Em relação ao contrato programa podem ser retirados alguns índices, não se podendo fazer comparações com outros serviços devido à especificidade dos serviços.

Indicadores da Consulta Externa:	Realizado 2009	Estimado 2010	Var. % 10/09	Meta 2011	Var. % 11/10
Acessibilidade: % Primeiras Cons./Total de Consultas	21,4%	28,2%	32,2%	30,8%	9,0%

Figura 11: Taxa de acessibilidade do serviço

Podemos ver que existe uma melhoria na acessibilidade ao serviço, isto é, o número de primeiras consultas está a aumentar no total de consultas, diminuindo assim as listas de espera. O objectivo é aumentar em quase 10%.

INTERNAMENTO (Perspectiva do Serviço Responsável)	Realizado 2009	Estimado 2010	Var. Abs. % 10/09	Meta 2011	Var. Abs. % 11/10
Demora Média	6,55	6,53	-0,2%	6,53	0,0%
Taxa de Ocupação	59,45%	64,33%	8,2%	64,70%	0,6%

Figura 12: Indicadores do internamento do CRI

Pode-se observar que a demora média está a diminuir e que a taxa de ocupação a aumentar, embora não seja significativo. Isto, pode-se dever à falta de recursos humanos para conseguir melhorar os índices e também às especificidades dos tratamentos que assim o exigem.

RÚBRICAS ORÇAMENTAIS	REALIZADO 2009	ESTIMADO 2010	Var. %	Meta 2011	Var. %
Total de consumos	2.689.500,39	2.848.351,86	5,9%	2.890.460,12	1,5%
Total fornec. consumos externos	134.170,90	159.187,65	18,6%	123.705,57	-22,3%
Total de despesa com pessoal	5.646.849,69	4.902.425,83	-13,2%	4.580.775,05	-6,6%

Figura 13: Principais custos do serviço do CRI

Os maiores custos do serviço dizem respeito à despesa com o pessoal, sendo o pessoal de enfermagem que leva a maior fatia, o que é normal, pois também tem o maior número de pessoas. Em segundo lugar aparecem as horas extraordinárias, sendo que estas são as que vão levar maior corte. É possível ver que também nos fornecimentos e consumos externos vai existir um corte no total de custos. Assim, existe aqui um paradigma, como fazer mais, com melhor qualidade e com menos recursos. A tarefa do líder é essencial, pois só ele pode motivar os seus colaboradores de modo a conseguir atingir os níveis de excelência do serviço.

AGI B

Nesta AGI pretende-se estudar o perfil do seu director e seguidamente observar dois directores de dois serviços desta mesma AGI. Na primeira parte vamos estudar os traços mais importantes do director da AGI.

Em termos do processo de avaliação “*o profissional de saúde deve ser avaliado sob o ponto de vista técnico-científico, há-de haver alguém que deveria ser avaliado sob o ponto de vista da organização*”. Ao contrário de algumas teorias em que as pessoas é que fazem a organização este pensa que deve existir um “*modelo organizativo com que a pessoa se identifique*”, o que por um lado é bom, pois ao identificar-se com aquilo que faz vai aumentar a sua motivação.

Nível de produção	Experiência
Erros	Qualidade
Atitudes	Bom-senso
Ideias	

Figura 14: Índices de avaliação da AGI B

Em relação aos índices de avaliação este refere o nível de produção, “*posso ter um profissional a produzir muito, e um profissional a produzir pouco, e se nos pusermos na pele do doente queremos aquele que produz pouco, porque ele até pode ter produzido pouco mas produzido melhor*”. Este defende que os pares são quem devem avaliar porque “*os erros também devem ser avaliados*”, e também porque “*são atitudes, e que podem ser avaliadas pelos pares. Os pares podem conseguir avaliar atitudes, ver currículos escondidos*”. Em relação à experiência, “*os que foram ganhando experiência*

foram os que vão fazendo as coisas de modo inconsciente mas competente, e isto também deveria ser avaliado”. Na qualidade só “o número não conta, deve contar o número e a complexidade, como já disse, e a qualidade do trabalho prestado”. As ideias “porque é outros dos índices que eu também acho que é importante na avaliação”. Por último o bom-senso que é “mais difícil de encontrar e também de avaliar, bom senso. Saber ouvir e ter capacidade de decidir”.

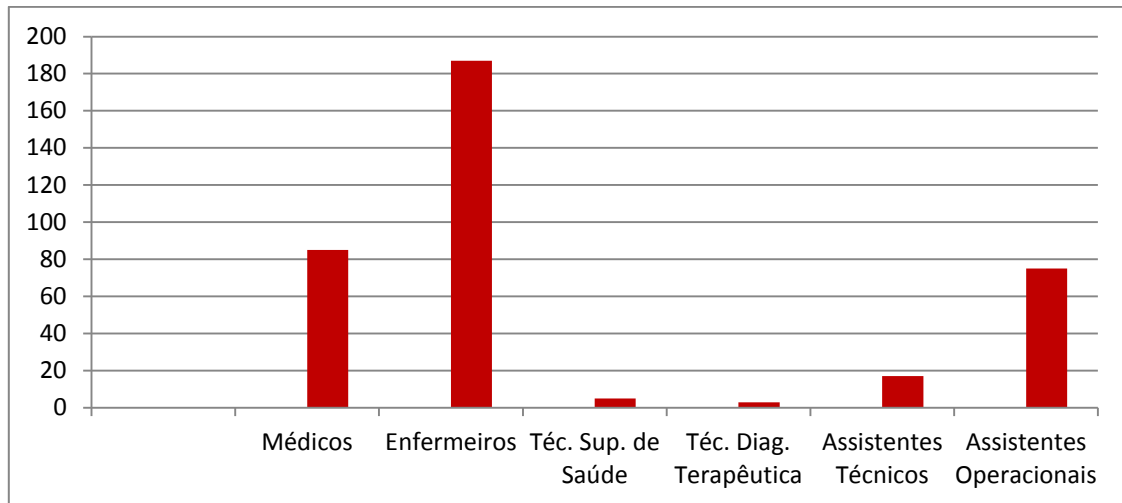


Figura 15: Número de pessoal por grupos profissionais da AGI

Este líder tem traços autoritários, pois apesar de o número de enfermeiros ser maior, o líder é “para todos e não gerir apenas, não ser apenas o director, dos médicos, dos enfermeiros, dos auxiliares, não, a gestão é a gestão para ali, ponto. E é evidente que deve ser exercida por aquele que é o mais diferenciado, paciência”, toda a gente vai querer propor ideias, depois compete ao director pescar o que interessa”. Por outro lado, também tem traços democráticos “quando eu preciso de encontrar a solução para um problema eu gosto de encontrar a solução com as pessoas que estão ao meu lado, eles ajudam-me a encontrar a solução. Para isso tenho que as ouvir”.

Liderança transaccional	Liderança transformacional
Gestão por exceção passiva – “Se eu no meu serviço sei de determinado tipo de erros e sei que eles acontecem sistematicamente com as mesmas pessoas, eu vou ter de ir ver o que é que se passa e faço uma avaliação”.	Estimulação Intelectual – “eu gostaria que o serviço onde estou a trabalhar implementasse novos procedimentos, determinadas técnicas, até porque elas estão em desenvolvimento”.
Gestão por exceção activa – “eu faço auditorias aos processos dos doentes e vejo o que é que se lá passou. Se algo correu mal vamos ter de saber porque”.	

Figura 16: Traços de liderança do director da AGI

Por último, o líder defende a relação com as pessoas internadas, pois apesar de *“não tenho nenhum medo do erro, o que eu tenho medo é de ter cometido um erro e não ter dado conta dele, disso é que eu tenho receio...”*, tem em vista outros fins *“porque se acontece e eu digo ao meu doente isto aconteceu, passou-se isto, passa-se isto, os riscos são estes e eu não vou largá-lo enquanto eu não tiver a certeza que está tudo bem. Conflitos médico-legais desapareceram, praticamente”*.

SERVIÇO X

Este serviço é relativamente pequeno, isto é, o número de profissionais que nele actuam são em menor número comparado com outros serviços, podendo ser um factor que permita uma melhor gestão do desempenho.

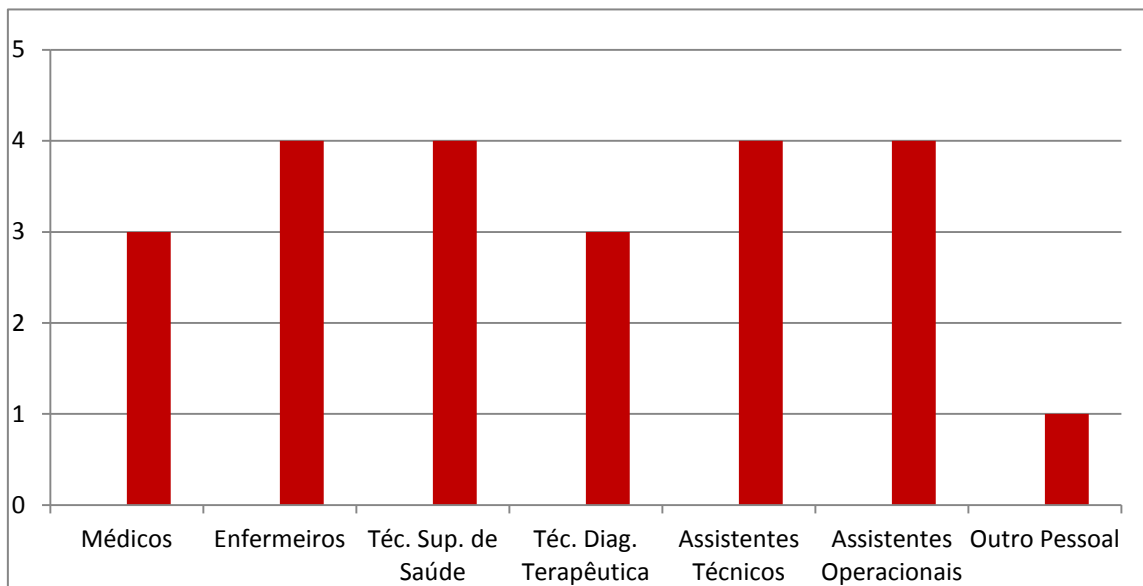


Figura 17: Número de pessoal por grupos profissionais do serviço X

Neste serviço existe uma preocupação sobre a forma subjectiva da avaliação do desempenho, *“temos ideia das performances das pessoas, naturalmente quando trabalhamos com elas, quem é capaz de fazer o quê, quem é capaz de fazer tudo, também há pessoas capazes de fazer quase tudo e também quem é menos capaz de executar as tarefas, ou tem menos aptências, ou está menos motivado, ou menos preparado”* em contraparte com a avaliação objectiva porque *“qualificar competências torna-se complicado e é um desafio difícil, torna-se ainda mais difícil porque temos naturalmente quotas, que é um problema, quotas que nos levam por vezes a ficar menos motivados”*. As quotas podem ser uma fonte de desmotivação porque *“podemos chegar*

à conclusão e já aconteceu, que temos um funcionário que se destaca dos outros, que seria qualificado de excelente mas não podemos classificar como tal porque não temos quota para isso”.



Figura 18: Índices de avaliação do serviço X

Em relação aos índices “*não basta ter muito conhecimento se não se tiver sentido de responsabilidade*”, o sentido de responsabilidade é “*para com as pessoas, para com a instituição, com os recursos que se consomem*”. Por fim, a disponibilidade “*mesmo que seja fora do horário*”, “*têm que estar sobretudo disponíveis e não estar a pensar que deviam estar noutro lado e têm de ir a correr para ir ganhar dinheiro para outro sítio*”, “*são 11 e meia da noite eu vou lá mas se calhar não vou resolver nada, desligo o alarme mas não resolvo o problema, telefonei a uma funcionária que um quarto de hora depois me disse: eu já lá fui, resolvi o problema, esteja descansada que já não há problema nenhum*”.

O processo de delegação de poder neste serviço é habitual, tanto na parte da avaliação, pois “*por princípio eu como directora do serviço é que deveria avaliar os enfermeiros, mas eu delego na enfermeira chefe porque julgo, as enfermeiras e os técnicos e os operacionais, porque de facto o conhecimento que eu tenho deles é um conhecimento relativamente superficial*”, o que só é possível devido “*há relação de confiança*”. A relação de confiança também é uma fonte de delegação de poder, porque “*sei que farão com a mesma vontade que eu, têm a mesma vontade de fazer bem e ter bons resultados*”.

No serviço o turnover de pessoal é nulo, demonstrando assim, o elevado grau de bem-estar no serviço, as pessoas sentem-se motivadas e querem ficar, ressaltando assim a validação do contrato psicológico.

Em relação à flexibilidade do serviço vemos que “*eu sou capaz de fazer quase tudo o que se faz aqui no serviço*”. Este aspecto é essencial num líder pois é necessário que “*a pessoa sabe que está a falar a mesma linguagem, que eu entendo a linguagem deles, apesar de neste momento já não estar no laboratório...*”.

Gestão do Contrato Psicológico num contexto de Mudança: Estudo de caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra

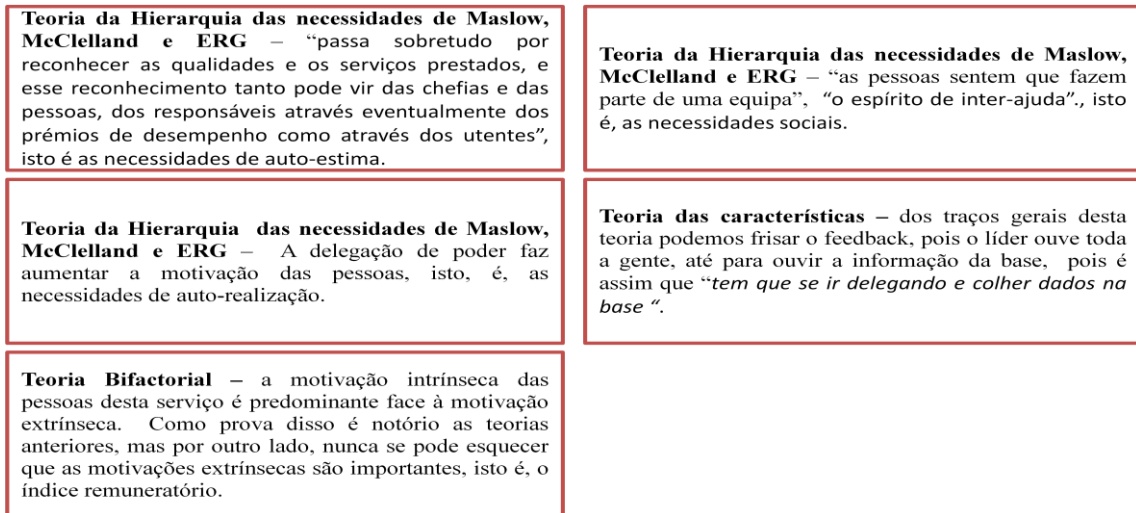


Figura 19: Teorias Motivacionais aplicadas ao serviço X

Em relação ao tipo de liderança deste serviço, caracteriza-se por ser uma liderança democrática. Este estilo de liderança verifica-se pela delegação de poder, feedback obtido junto dos seus colaboradores e toma decisões de acordo com o seu grupo, não tende a afirmar-se como uma liderança autoritária, nem do estilo liberal.

O estilo de liderança é profundamente transformacional, devido essencialmente ao número de profissionais.

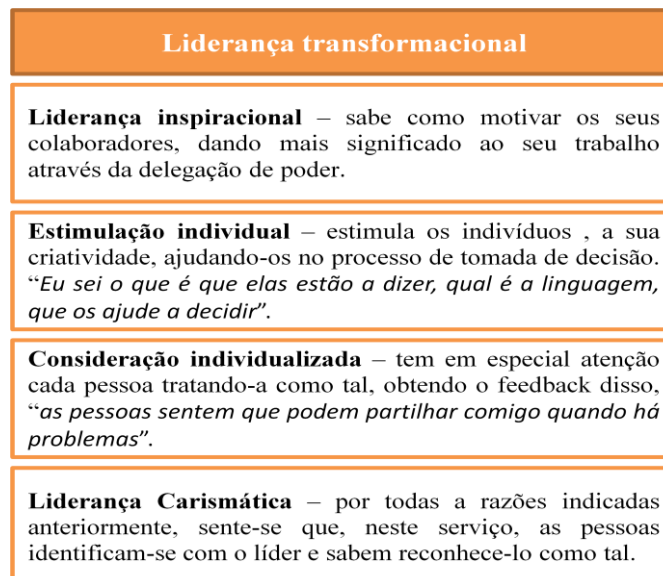


Figura 20: Traços de liderança do director do serviço X

Em relação ao contrato programa os únicos dados que podemos retirar deste serviço os seguintes.

Indicadores da Consulta Externa:	Ano 2011
Acessibilidade:	
% Primeiras Cons./Total de Consultas	25,10%

Figura 21: Acessibilidade do serviço X

A taxa de acessibilidade do serviço, isto é, a taxa de primeiras consultas no total de todas as consultas realizadas foi de 25,10%.

INTERNAMENTO (Perspectiva do Serviço Responsável)	Realizado 2009
Demora Média	5,41
Taxa de Ocupação	16,30%

Figura 22: Indicadores de internamento do serviço X

Em relação ao internamento só obtive acesso aos dados de 2009, ainda não estando disponíveis outras datas para comparação, sendo que a demora média é de 5,41 dias e a taxa de ocupação fixa-se nos 16,30%.

RÚBRICAS ORÇAMENTAIS	REALIZADO 2009	ESTIMADO 2010	Var. %	Meta 2011	Var. %
Total de consumos	180.896,61	283.156,40	56,53%	287.403,75	1,50%
Total fornec. consumos externos	95.228,78	77.198,77	-18,93%	71.177,27	-7,80%
Total de despesa com pessoal	636.837,92	613.840,04	-3,61%	587.984,61	-4,21%

Figura 23: Principais custos do serviço X

Os maiores custos do serviço dizem respeito às despesas com o pessoal, sendo que a maior fatia vai para a rubrica “outros custos com pessoal”, sendo o pessoal médico, a seguir, aquele que tem um maior caderno de encargos.

No total de consumos, a maior fatia situa-se nos medicamentos, sendo este o único índice dos três que não vai sofrer reduções. Por fim, o fornecimento e consumos externos, os maiores custos derivam dos subcontratos.

SERVIÇO Y

Este serviço é um serviço de referência a nível nacional, “o ano passado ficamos classificados no 1º lugar do ranking”.

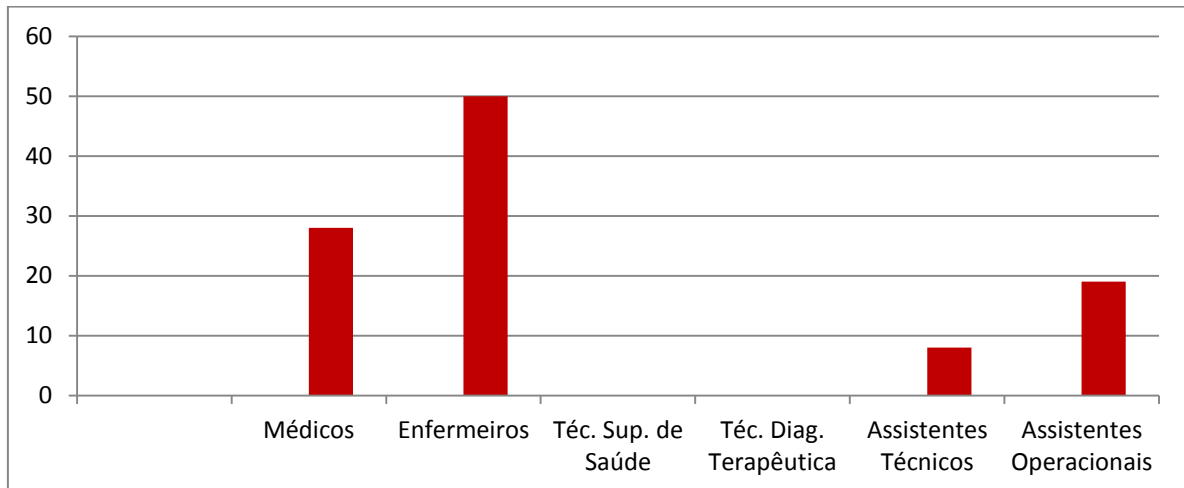


Figura 24: Número de pessoal por grupos profissionais do serviço Y

O serviço Y é constituído maioritariamente por pessoal da classe de enfermagem, seguido pelos médicos. De notar que não existem técnicos superiores de saúde nem técnicos de diagnóstico e terapêutica.

De entre os principais índices para a avaliação do desempenho foram enumerados três.



Figura 25: Índices de avaliação do serviço Y

O volume de trabalho diz respeito não só ao trabalho efectuado no horário laboral, mas, “*nós aqui temos das 8 às 4 da tarde, e depois continua em casa*”, “*as reuniões de serviço não podem feita no horário normal têm que ser aos sábados*”, ou seja, tem de existir work-life balanced para quem queira trabalhar neste serviço. A qualidade porque “*a qualidade não vamos reduzir, nós vamos reduzir é a produção e não vai ser por falta de médicos e da vontade deles, vai ser por falta de material*”, que diz também respeito à produtividade. Por fim, as reclamações, porque existem “*queixas que os médicos têm, e agora é outra coisa com que eu tenho de lidar queixas de doentes*”, ou seja, é uma avaliação de 360°, também efectuada pelo doente, apesar de este só ter noção da relação pessoal, pois as especificidades dos cuidados prestados são muito técnicas.

Ainda, em relação à avaliação, “*os enfermeiros não é comigo e os médicos também não são avaliados*”, existe delegação de poderes para a avaliação de enfermeiros, e nos médicos, existe uma avaliação de 360°, os doentes são avaliadores dos médicos, porque

“gente vê que há um determinado 1 ou 2 médicos estão sempre a ter queixas pelo mau atendimento” pois “é um padrão de comportamento ao qual eu de vez em quando tenho que pedir um inquérito interno. Já tenho feito isso” e “é chamado e nós averiguamos e chamamos os doentes mesmo” enfocando o aspecto da avaliação de 360°.

Outros dos aspectos focados por este director deste serviço Y é quando começaram “com os numerus clausus foi terrível, entraram porque têm nota para entrar, porque eu tenho a noção disso”, sendo um processo que por vezes se esquece que além de notas as pessoas têm de ter vocação, principalmente no aspecto das relações pessoais.

Em termos de turnover do serviço este é baixo, apenas existe uma saída por aposentação. A aposentação tem sido uma das causas da quebra de rotina dos profissionais pois tinham como “tradição as pessoas reformarem-se aos 70, e de repente começaram a reformar-se aos 60”, devido à insegurança económica que se vive nos dias de hoje, “por causa dessas penalizações que iam ter”.

Outro dos problemas que surge no serviço, com as reformas antecipadas desses elementos, é a formação interna que é feita “esses meus colegas mais velhos é que estão a ser o grande suporte de toda esta actividade porque estão a ensinar os mais novos”.

Noutro aspecto, físico do serviço, existe também algum desagrado pois “nós ainda temos aí aparelhos de ecografias dados pelo laboratório e o fornecido pelo hospital já tem 20 anos”, o que não ajuda a melhorar a qualidade do serviço.

Gestão do Contrato Psicológico num contexto de Mudança:
Estudo de caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra

<p>Teoria da Hierarquia das necessidades de Maslow, McClelland e ERG – O desejo de poder pertencer a uma equipa de sucesso, classificada no 1º lugar do ranking nacional. São as necessidades sociais</p>	<p>Teoria das características – “<i>Nós temos bastante multidisciplinaridade</i>”, ou seja, a motivação pela variedade, pelo grau de competências, actividades e conhecimentos diversos para poder exercer a profissão.</p>
<p>Teoria das características – A motivação pelo significado, isto é, o impacto que pode ter na vida de outros e também na organização, reconhecimento externo como o número 1.</p>	<p>Teoria das características – “<i>Eu converso e não dou ordens</i>”, ou seja, a motivação pelo feedback, saber ouvir os outros para tomada de decisões conjuntas.</p>
<p>Teoria Bifactorial – As motivações intrínsecas podem ser reveladas através do desejo de pertencer a uma equipa de sucesso, sendo formado pelos melhores. A motivação extrínseca, aqui, revela-se como uma desmotivação, pois a perda de benefícios financeiros futuros levou as pessoas à reforma antecipada.</p>	<p>Teoria da definição dos objectivos - “<i>Já estive a ver as estatísticas deste ano e está melhor já que a do ano passado</i>”. As pessoas estão altamente motivadas para cumprir com os objectivos.</p>
<p>Teoria das Expectativas - “<i>as pessoas quando saem daqui já sabem se vêm para cá ou não</i>”. As expectativas sobre as pessoas são efectuadas durante o internato, sendo depois apresentada a proposta para a pessoa ficar no serviço.</p>	

Figura 26: Teorias motivacionais aplicadas ao serviço Y

Liderança transaccional	Liderança transformacional
<p>Gestão por excepção passiva – “<i>Determinado 1 ou 2 médicos estão sempre a ter queixas</i>”, só aí se abre um inquérito para averiguar o que se passa no serviço, antes disso não se faz nada.</p>	<p>Estimulação Intelectual – Promove-se a formação interna, isto é, os membros mais antigos do serviço dão formação aos novatos do serviço.</p>
	<p>Liderança inspiracional – O director tenta motivar os seus colaboradores, através do aumento do significado do seu trabalho, tanto para terceiros como para a própria organização, aumentando o desafio desta, mantendo-se em 1º lugar no ranking.</p>
	<p>Consideração individualizada – “<i>é isso, oiço cada um</i>”, o director do serviço promove a palavra de cada individuo antes de tomar as decisões.</p>

Figura 27: Traços da liderança do director de serviço Y

O director deste serviço tem também um estilo democrático, isto é, ouve as pessoas, tem conversas com elas, não toma qualquer decisão antes de falar em primeiro com as pessoas pertencentes ao serviço, mas por outro lado, a decisão é tomada de um modo completamente autoritário, “*eu vou decidir isto e vai ser dito na reunião de serviço a decisão que eu tomei*”.

No que concede ao contrato psicológico, vemos que este está presente, principalmente nos casos em que o serviço gosta do trabalho deles quando estão no internato, quando saem por falta de vagas no serviço sabem que vão ser chamados

Gestão do Contrato Psicológico num contexto de Mudança:
Estudo de caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra

quando abrirem vagas. Por outro lado, existe a violação do contrato psicológico, mais pela parte dos médicos, ou seja, quando as expectativas do serviço estão centradas na sua continuidade e estes saem por variados motivos, como “*porque tinha família de lá*” ou “*ah mas eu agora mudei de ideias*”.

Indicadores da Consulta Externa:	Realizado 2009	Estimado 2010	Var. % 10/09	Meta 2011	Var. % 11/10
Acessibilidade: % Primeiras Cons./Total de Consultas	32,1%	29,0%	-9,7%	28,3%	-2,4%

Figura 28: Taxa de acessibilidade do serviço Y

Pela tabela anterior pode-se afirmar que as primeiras consultas têm tido cada vez menos peso no total das consultas, pois pelas palavras do director do serviço tem que se fazer cada vez mais com menos, mas nem por isso a lista de espera para primeira consulta aumentou.

INTERNAMENTO (Perspectiva do Serviço Responsável)	Realizado 2009	Estimado 2010	Var. Abs. ou % 10/09	Meta 2011	Var. Abs. ou % 11/10
Demora Média	5,49	5,39	-1,8%	5,49	1,9%
Taxa de Ocupação	54,8%	62,5%	14,1%	67,1%	7,4%

Figura 29: Indicadores de internamento do serviço Y

Ao nível da demora média os dias vão-se manter constantes, enquanto a taxa de ocupação vai sofrer um aumento de mais de 10% do realizado em 2009 para a meta de 2011.

RÚBRICAS ORÇAMENTAIS	REALIZADO 2009	ESTIMADO 2010	Var. %	META 2011	Var. %
Total de consumos	1.069.832,77	1.316.706,69	23,1%	1.336.457,29	1,5%
Total de fornec. Serviços externos	71.195,58	64.836,54	-8,9%	65.642,32	1,2%
Total da despesa com o pessoal	2.948.846,44	2.735.756,50	-7,2%	2.608.659,78	-4,6%

Figura 30: Principais custos do serviço Y

Os principais custos deste serviço prendem-se com a despesa com o pessoal, sendo a classe dos enfermeiros aqueles que levam a maior fatia do bola, seguido dos médicos. Ao nível dos consumos o principal custo é com os medicamentos, enquanto que nos

fornec. serviços externos a maior fatia vai para os fornecedores e serviços. De notar que o maior corte neste serviço vai ser na despesa com o pessoal.

Conclusão

Neste trabalho foi possível observar os diferentes estilos de liderança e motivação existentes dentro da mesma organização. Essas diferenças já eram expectáveis visto que não existe uma política de recursos humanos única, mas sim uma política individual de cada director de serviço, que definem de modo autónomo a gestão do contrato psicológico que por vezes, como aconteceu neste estudo, é violado. Por vezes, esquecemos que é necessário ir mais além do que aquilo que está escrito no papel, é preciso manter as pessoas motivadas, de modo a que se surgir alguma mudança elas estarão ao lado da organização para ultrapassar os desafios.

No que se refere ao estudo de caso, os índices de avaliação, dos quatro directores ouvidos, sendo um deles o director da AGI a que pertencem os dois serviços, pode-se observar que apesar das denominações dadas, muitos deles querem dizer a mesma coisa. Um dos mais citados por estes é as relações pessoais com os doentes, e aí julgo, que deveria existir mais formação, não partindo só do hospital, mas também das faculdades, devendo existir uma maior preocupação neste sentido, porque convém lembrar que do outro lado da barricada situa-se uma pessoa que não está ali por prazer mas sim por necessidade.

Outros índices diferem de director para director e será aí, observando este pequeno contexto, que vai residir o maior problema para a implementação de um sistema de avaliação, não sendo consensual por parte de todos os intervenientes, devido às especificidades dos serviços mas também devido às vontades.

Noutro prisma do contexto apresentado situa-se a parte motivacional dos colaboradores. Também nesta parte podemos ver diversas formas de motivação, ora por pertencer a uma equipa de sucesso ou por sentir ter factores de liderança dentro desse mesmo grupo. Em qualquer serviço conseguiu-se aplicar as teorias motivacionais às práticas motivacionais do grupo.

No que diz acordo às lideranças encontrei em quase todos os directores traços das lideranças transaccionais e transformacionais, sendo que um desses directores tem traços exclusivamente transformacionais, devido, fundamentalmente, ao número de pessoas que pertencem ao serviço.

Ao nível dos custos podemos ver que as despesas com o pessoal são aquelas que têm maior peso nos serviços, seguido dos medicamentos, mas é nos primeiros que vão ser efectuados mais cortes, criando um ambiente de insegurança e também de

desmotivação, porque no fundo tudo isto é um paradigma, ter a mesma qualidade, mais produtividade com menos recursos. Tudo isto vai recair nos braços do director de serviço, ele é que vai ter a função de motivar e reter as pessoas no serviço para conseguir alcançar os objectivos e manter os padrões.

Em relação às outras tabelas, servem apenas para dar alguma informação do serviço, pois compará-las é incorrer num grande enviesamento, devido à especificidade e complexidade de cada serviço.

O trabalho efectuado sofre de alguns enviesamentos de informação. Para uma maior fidedignidade dos dados deveria ser efectuado um questionário estruturado que possibilitasse comparar a maneira de agir dos directores de serviço com as percepções que os colaboradores têm deste.

Também deveria ser alargado o contexto a mais serviços, de modo a que pudesse tentar concluir, se existe algum padrão do estilo de liderança, cultural, motivacional dentro do hospital.

Por fim, gostaria, devido às especificidades de cada serviço, de fazer também uma comparação com serviços iguais de outros hospitais, ficando essa parte adiada para um futuro estudo sobre esta problemática.

Bibliografia

Adams, John (1965). *Inequity in social Exchange*. Advances in Experimental Social Psychology. Vol 2, pp. 267-299.

Alderfer, Clayton (1969). *An empirical test of new theory of human needs*. Organizational Behavior & Human Performance. Vol 4, pp. 142-174.

Almeida, Filipe (2004). *A Gestão de Recursos Humanos*. In. Lisboa, J., et al. INTRODUÇÃO À GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES. Porto, Vida Económica.

Andrade, João de Sousa (1998). *Introdução à Economia*. Coimbra: Minerva.

Arnaldo, Coelho (2004). *A Estrutura das Organizações*. In. Lisboa, J., et al. INTRODUÇÃO À GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES. Porto, Vida Económica.

Bass, Bernard (1985). *Leadership and performance beyond expectation*. New York: Free Press.

Bass, Bernard (1990). *From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision*. Organizational Dynamics. Winter, pp. 19-31

Bass, Bernard (1999). *Handbook of Leadership*. Free Press, 3ª Sub edition.

Buchholz, Rogene; Rosenthal, Sandra (2005). *The Spirit of Entrepreneurship and the Qualities of Moral Decision Making: Toward a Unifying Framework*. Journal of Business Ethics, vol. 60, pp. 307-315.

Blau, Peter; Scott, Richard (1977). *Organizações Formais*. São Paulo, Atlas.
Caetano, António; Vala, Jorge (2000). *Gestão de recursos humanos: contextos, processos e técnicas*. Lisboa, Editora RH.

Carriço, Marlene (2011). *A Saúde e a troika: as 12 medidas mais difíceis*. Negócios blogues. Blogue massa monetária.

Disponível em: <http://comunidade.xl.pt/JNegocios/blogs/massamonetaria/archive/2011/06/16/a-sa-250-de-e-a-troika-as-12-medidas-mais-dif-237-ceis.aspx>

Chiavenato, Idalberto (2008). *Gestão de Pessoas*. Editora Elsevier – Campus, 3ª edição.
Constituição da República Portuguesa (2007). Almedina, pág. 35.

Davies, Huw; Nutley, Sandra; Mannion, Russell (2000). *Organisational culture and quality of health care*. Quality in Health Care. Vol 9, pp. 111-119.

Decreto-lei nº 401/98 de 17 de Dezembro.

Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6635B888-57A2-46FB-80FF-B920AA9E0478/0/68986899.pdf>

Decreto-lei nº 93/2005 de 7 de Junho.

Disponível em: http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/hospitais/822923.pdf/view

Duarte, Catarina (2011). *Plano da 'troika' na saúde pode não sair do papel*. Diário Económico.

Disponível em: <http://economico.sapo.pt/noticias/nprint/120590.html>

Drucker, Peter (1994). *As organizações sem fins lucrativos*. Lisboa, Difusão Cultural.

Económico (2011). *Como será Portugal depois das medidas da 'troika'*. Diário Económico.

Disponível em: <http://economico.sapo.pt/noticias/nprint/117548.html>

Escoval, Ana; Matos, Tânia (2009). *A contratualização e a regulação nos hospitais*. In Campos, Luís et al. *Governança dos Hospitais*. Lisboa, Casa das Letras, pp. 149-186.

Etzioni, Amitai (1974). *Análise Comparativa de Organizações Complexas. Sobre o poder, o engajamento e os seus Correlatos*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.

Giraldes, Maria do Rosário (1999). *Allocative efficiency in the use of health resources in Portugal*. Journal of Public Health Medicine. Vol. 21 n.º1, pp.55-59.

Gittel, Jody; Seidner, Rob; Wimbush, Julien (2009). *A relational model of how high-performance work systems work*. Organization Science, July, pp. 1-17.

Guest, David (1998). *Is the psychological contract worth taking seriously?*. Journal of Organizational Behavior, vol. 19, pp. 649-664.

Hackman, Richard; Oldham, GR (1975). *Development of the job diagnostic*. Journal of Applied Psychology. Vol. 60, pp. 159-170.

Herzberg, Frederick (1968). *One More Time: How do you motivate employees?*. Harvard Business Review, September-October 1968.

Hood, Christopher (1991). *A Public Management for All Seasons?*. Public Administration. Vol. 69, pp. 3-19

Ivancevich, John (2008). *Gestão de recursos humanos*. São Paulo, McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 10º ed.

Kirby, Julia (2005). *Toward a theory of high-performance*. Harvard Business Review, vol. 83, pp. 30-39.

Lima, Súi; Albano, Adriana (2002). *UM ESTUDO SOBRE CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL NA CONCEPÇÃO DE DIFERENTES AUTORES*. Revista do CCEI – URCAMP. Vol 6, pp 33-40.

Lisboa, João (2004). *Aspectos Gerais da Empresa*. In. Lisboa, J., et al. *INTRODUÇÃO À GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES*. Porto, Vida Económica.

Lega, Federico; DePietro, Carlo (2005). *Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy*. Elsevier, Health Policy, vol. 74, pp. 261-281.

Lei nº 56/79 de 15 de Setembro.

Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1979/09/21400.PDF>

Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro.

Disponível em: http://www.ipoporto.min-saude.pt/Downloads_HSA/IPOP/O%20Hospital/lei%2027-2002.pdf

Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro.

Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2009/02/03000/0092601029.pdf>

Leiria, Andreia; Palma, Patrícia; Cunha, Miguel. *O Contrato psicológico em organizações empreendedoras: Perspectivas do empreendedor e da equipa*. Comportamento Organizacional e Gestão, vol. 12, pp. 67-94.

Leonard, M; Graham, S; Bonacum, D (2004). *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. Qual Saf Health, vol. 13, pp. 85-90.

Locke, Edwin; Latham, Gary (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Prentice Hall College Div.

Lourenço, Óscar (2007). *Algumas especificidades da Economia da Saúde*. Newsletter n.º36, do Hospital do Futuro, Hipólito Aguiar.

Disponível em: <http://arquivo.hospitaldofuturo.com/?cat=4>

Lourenço, Óscar (2009). *01. - Introdução à Economia da Saúde: Slides*. Mestrado em Economia e Gestão da Saúde. Introdução à Economia da Saúde. Slide nº2

Disponível em: <https://woc.uc.pt/feuc/class/getmaterial.do?idclass=1133&idyear=5>

Mahal, Prabhjot (1990). *Organizational Culture and Organizational Climate as a Determinant of Motivation*. The IUP Journal of Management Research. Vol 8, pp. 38-51.

Maslow, Abraham (1943). *A Theory of Human Motivation*. Psychological Review, vol. 50, pp. 370- 396.

Matias, Álvaro (1995). *Documento de trabalho 5/95, O mercado de cuidados de saúde*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Disponível em: http://www4.fe.uc.pt/apes/files/dts/dt_051995.pdf

McClelland, David (1987). *Human Motivation*. Cambridge University Press, 2000, 6ª edição.

Meade, Robert (1970). *Leadership Studies of Chinese and Chinese-Americans*. Journal of Cross-Cultural Psychology. Vol 4, pp. 325-332.

Mendes, Manuel (2010). *A reforma da administração pública em Portugal*. Seminário subordinado ao tema: "A Reforma da Administração Pública em Portugal e o Código do Trabalho". Sindicato dos Trabalhadores da Função Pública do Norte.

Disponível em: http://www.stfpn.pt/arquivo/seminario7Maio/Texto_integral_Eng_VieiraMendes.pdf

Mintzberg, Henry (1996). *Managing Government, Governing Management*. Harvard Business Review. Maio-Junho de 1996, pp. 75-83.

Neal, A; Griffin, M; Hart, P (2000). *The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior*. Elsevier, Safety Science. Vol 34, pp. 99-109.

Nurkin, Harry (2001). *Foreword*. In: Fried, B. and Johnson, J. *Human Resources in Healthcare, managing for success*. Washington, D.C., AUPHA Press, Chicago, Illinois, Health Administration Presso, pp. 8-9.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *Relatório de Primavera 2009, 10/30 anos: Razões para continuar*.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). *Relatório de Primavera 2011, Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*.

O’Creevy, Mark (1998). *Employee involvement and the middle manager: evidence from a survey of organizations*. Journal of Organizational Behavior, vol. 19, pp. 67-84.

Oliveira, Teresa. *A Organização que Aprende*. In: Lisboa, J., et al. *INTRODUÇÃO À GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES*. Porto, Vida Económica.

Oliveira, Teresa; Holland, Stuart (2007). *Alternative paradigms of hospital work organization and health provision*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 25, pp. 19-37.

Ovretveit, John (1996). *Informed choice? Health service quality and outcome information for patients*. Elsevier, Health Policy, vol. n.º37, pp. 75-90.

Paauwe, Jaap (2011). *HRM and Performance: in search for sustainable High Performance Work systems*. MBA/practitioners’ session. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, May, 2011.

Pfeffer, Jeffrey (1994). *Competitive Advantage Through People*. Boston, Harvard Business School Press.

Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro.

Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Tabelas_Impressos/Port110A2007.pdf

Porter, Michael; Teisberg, Elizabeth (2004). *Redefining competition in health care*. Harvard Business Review, June. Pág. 64-77.

Porter, Michael (2010). *What is value in health care?*. The New England Journal of Medicine. Vol. 363, pp. 2477-81.

Portugal. Ministério das Finanças (2011). *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica*. Pág. 17.

Disponível em:
http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MFAP/Memorando_Condicionalidades_Politica_Economica.pdf

Portugal. Ministro da Saúde (2007). *Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*.

Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>

Portugal. Portal de Codificação e dos GDH.

Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_%28GDH%29

Raposo, Vítor (2007). *Governação Hospitalar. Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.

Rego, Amélia (2010). *Reformas no Sector da Saúde. A equidade em Cuidados Intensivos*. Lisboa, Universidade Católica Editora.

Relatório e Contas (2008). Serviço Nacional de Saúde, pág. 3.

Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatorio%20e%20Contas%20SNS%202008%20%28final%29.pdf>

Roemar, Milton; Aguilar, Carlos (1988). *La evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud*. Genebra, Organização Mundial de Saúde.

Rowe, Alexander; Savigny, Don de; Lanata, Claudio; Victora, Cesar (2005). *How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?*. Lancet, vol. 366, pp. 1026-1035.

Sakellarides, Constantino (2010). *Repensando a contratualização*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. temático n.º 9, pp. 5-6.

Shaw, Charles; Kalo, Isuf (2002). *A Background for National Quality Policies in Health Systems*. Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.

Shaw, Paul (2004). *New Trends in Public Sector Management in Health Applications in Developed and Developing Countries*. Washington, World Bank Institute.

Tichy, Noel; Ulrich, David (1984). *The Leadership Challenge – A Call for the Transformational Leader*. Sloan Management Review. Vol 26, pp. 59-68.

Valente, Maria do Céu (2010). *Contratualização em contexto hospitalar*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. temático n.º 9, pp. 25-39.

Van de Vem, Cyril (2004). *The Psychological Contract; a big deal?*. Behavioural Sciences Service Centre. Ministry of Defence. The Hague, The Netherlands.

Vroom, Victor (1964). *Work and motivation*. New York, Wiley & Sons Inc.

Sites Consultados

<http://95.168.172.20/paginas/inicio/mensagem-do-pca.php>
<http://95.168.172.20/paginas/inicio/historia.php>
<http://95.168.172.20/paginas/hospital/missao-visao-e-valores.php>
<http://95.168.172.20/paginas/hospital/objectivos-estrategicos.php>
<http://95.168.172.20/paginas/hospital/orgaos-sociais.php>
<http://95.168.172.20/paginas/hospital/orgaos-de-apoio-tecnico.php>
<http://95.168.172.20/paginas/hospital/estrutura-de-gestao.php>
<http://95.168.172.20/paginas/hospital/estrutura-organizacional.php>

Lista de Anexos

Anexo 1. Regulamento Interno

Anexo 2. Resultado das Entrevistas